

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

CSH

TESINA

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA SOCIAL

Jaime Peña Sánchez
No. Bo. Aprobada

LOS FACTORES PSICOSOCIALES DEL ENFERMO
DIABETICO Y LA ASIMILACION DE SU ENFERMEDAD

RINCON GONZALEZ MARIA CELENI

RODRIGUEZ BARRAGAN JAIME

DIRECTOR DE SEMINARIO: JAIME PEÑA SANCHEZ

ASESOR: LIC. MIGUEL ANGEL AGUILAR DIAZ
LECTORES: LIC. MIGUEL A. REYES GARCIDUEÑAS
LIC. ESTHER VARGAS MEDINA

[Handwritten signatures and scribbles]

MEXICO, ENERO-ABRIL 1993

AGRADECIMIENTOS

Nuestro mayor agradecimiento lo debemos en especial al Mtro. Jaime Peña Sanchez, por su consejo y asistencia para la realización de esta investigación. También agradecemos a nuestros maestros: Miguel Angel Aguilar Díaz, asesor de la tesina, Miguel Reyes Garcidueñas y Esther Vargas Medina por el apoyo y ayuda que nos brindaron durante las etapas de elaboración de este trabajo.

Por otra parte agradecemos al Dr. Guillermo Fanghanel Salmón, Jefe del Servicio de Endocrinología y a la Psic. Griselda Ramírez Torres, psicóloga del servicio de endocrinología, por brindarnos el acceso a las instalaciones del Hospital General de México. También al Dr. José Solís Walckermann por facilitarnos el acceso en la clínica de diabétes en el hospital de especialidades del Hospital Centro Médico Nacional S. XXI a su cargo.

Y a todas las personas que de alguna forma colaboraron directa o indirectamente para la terminación del trabajo.

**"ACEPTAD VUESTRA ENFERMEDAD, APRENDED TODO LO
QUE PODAIS SOBRE ELLA Y SED DIRECTOR DE
VUESTRO PROPIO DESTINO."**

DR. ELLIOS P. JOSLIN

R E S U M E N

La presente investigación tiene el propósito de dar a conocer los factores psicosociales, que están presentes en el enfermo diabético; tales como el tipo de relaciones interpersonales que se configuran, la manera en que se percibe, y los cambios de hábitos alimenticios, entre otros como también el proceso de equilibración de la nueva situación. Se entrevistó a 30 diabéticos, del tipo II. De los 30 enfermos 11 eran hombres y 19 eran mujeres. Se les aplicó una entrevista estructurada con 20 minutos aproximadamente de duración la cual fué grabada. Además se les aplicó la escala de juicios psicofísicos de Stevens S.S., 1906-1973. Y por último se les aplicó dos escalas por ordenación basadas en Manning Sidney A. y Rosenstock, E. 1971. Los resultados de la investigación muestran evidencia de factores emocionales en el paciente diabético que el equipo asistencial por lo general no toma en cuenta para controlar su organismo. Y por tanto es poco el interés por buscar el equilibrio psicológico del sujeto; que de hecho, junto con el equilibrio orgánico ayuda a que el paciente logre la asimilación de la enfermedad, junto con un nuevo estilo de vida. Por todo esto concluimos que es importante la intervención de la psicología para ayudar al enfermo a que mantenga un control general de sí mismo para una vida más confortable.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	8
EXPOSICION DE OBJETIVOS	18
I. PRIMERA PARTE : ¿ QUE ES LA DIABETES ?.....	20
A. CONTINUIDAD LOGICA DEL ESTUDIO.....	21
B. LA DIABETES Y LOS PROBLEMAS EMOCIONALES.....	23
EL PACIENTE DIABETICO	23
1. EDAD DEL PACIENTE DIABETICO.....	24
2. DIFERENCIACION SITUACIONAL	27
II. SEGUNDA PARTE : ASPECTOS DE TEORIA PSICOSOCIAL	
DE LA DIABETES	30
A. CONCEPTUALIZACION TEORICA	
ALREDEDOR DE LA DIABETES.....	34
1. RELACIONES INTERPERSONALES.....	58
2. RELACIONES FAMILIARES	59
3. RELACIONES MEDICO-PACIENTE.....	60

B. SINDROME DE ADAPTACION GENERAL.. .. .	61
C. FASES IDENTIFICABLES .. .	63
D. ASIMILACION INICIAL DE LA DIABETES.. .. .	66
E. ADAPTACION.. .. .	66
F. PROPUESTAS DE ADAPTACION .. .	67
1. AUTOOBSERVACION Y TECNICAS PSICOLOGICAS.. .. .	68.
AUTOOBSERVACION.. .. .	68
TECNICAS PSICOLOGICAS .. .	69
III. TERCERA PARTE : ESTRATEGIA GENERAL DE INVESTIGACION	
Y LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO... .. .	72
A. ESTRATEGIA GENERAL DE INVESTIGACION.	72
B. VARIABLES... .. .	73
C. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.. . . .	73
D. DISEÑO DE LA MUESTRA .. .	74
E. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION... .. .	74
F. DESCRIPCION Y SITUACION DE LA MUESTRA... .. .	75
G. ANALISIS DE LAS GRAFICAS Y TABLAS... .. .	81
H. ANALISIS DE LA ESCALA DE JUICIOS PSICOFISICOS... .. .	92

I. PROCESO DE ASIMILACION DE LA ENFERMEDAD.	95
1. ACTITUD O COMPORTAMIENTO DEL ENFERMO	
DIABETICO DESPUES DEL COMUNICADO DE	
SU ENFERMEDAD	96
a) Después del diagnóstico.....	96
b) Relaciones familiares	98
c) Relaciones médico paciente	98
d) Relaciones sociales.....	100
e) Adaptación	101
CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFIA	105
GLOSARIO	109
ANEXOS.	114

INTRODUCCION

El conocimiento de la "Diabétes" , ha sido motivo de múltiples investigaciones y trabajos encaminados a la solución de la enfermedad, pero es hasta la actualidad un hecho que no se ha logrado el objetivo a la solución de la misma.

Considerandose una enfermedad incurable, por lo que han centrado los esfuerzos hacia la prolongación de la vida en condiciones lo más favorables posible, de ahí que la diabétes es una enfermedad que deba ser tratada interdisciplinariamente tanto por la psicología social como por la medicina, como otras disciplinas.

En cuanto a la parte de la psicología social el punto principal del estudio se centra en dar a conocer los problemas psicológicos, como interaccionales que pueda tener el enfermo diabético así como conocer (a partir de una reconstrucción de la realidad por los propios enfermos) el proceso de adaptación a su nuevo estado su la aceptación de la enfermedad.

En este sentido también, el presente estudio se dirige a la búsqueda de las posibles soluciones de optimizar la estabilidad en el enfermo en los contextos que encierra la enfermedad ; soluciones a situaciones de trastornos psicológicos provocados por la enfermedad.

El presente trabajo se relaciona con otros estudios en el sentido de la importancia que se le da a los problemas emocionales por las que pasa un enfermo diabético y también, al centrarse en el proceso salud-enfermedad reconociendo las implicaciones físicas y psíquicas presentes en el enfermo.

Algunas de las investigaciones que se ubican en la dirección del estudio son: "Grupo de autocuidado de diabétes mellitus tipo II de Díaz Nieto y cols (1990); El equilibrio familiar en "Diabétes" de Figuerola, D (1990); los estudios de Hinke, Wolf, quienes afirman que el control efectivo de la diabétes puede ser seriamente perturbado por causas psicológicas; el estudio de tesis de Castro Alarcon j.(1966) quien menciona la tendencia actual de considerar el efecto psicológico como un mecanismo entre varios otros capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar por el organismo.

También se ha estudiado la diabétes en un contexto psicosocial analizando componentes importantes como la adaptación, el estrés en relación a la diabétes, la relación médico-paciente, la aceptación inicial de la diabétes, entre otros. (David M. Holmes 1989)

El tratamiento que recibe el paciente diabético ha sido fundamentalmente clínico; dejando en general de lado los factores psicosociales, que están presentes en todo momento.

Es decir, el impacto emocional en el enfermo cuando se le comunica el tipo de enfermedad que tiene y el cambio de relaciones familiares y sociales en general, así como cambios de hábitos alimenticios a los que estaba acostumbrado

culturalmente.

Por tales motivos creemos necesario reforzar la importancia de tratamientos médicos en conjunción a tratamientos psicosociales. Sobre todo en el proceso de la asimilación de la enfermedad. Esto es por la razón de que el enfermo diabético tendrá que aceptar cambios en sus hábitos alimenticios para el control y un cierto bienestar, así como buscar mantener estados emocionales más equilibrados con el objetivo de no tener cambios drásticos en sus niveles de glucosa, que le permitan conservar el control metabólico de su organismo.

Este estudio se ha realizado, tomando un grupo de enfermos de la Ciudad de México para lograr la investigación que nos refiere, concretamente en el Distrito Federal, en tanto que por la concentración de seres humanos es evidente que es la mayor población en cuanto a esta enfermedad .

Dadas estas características es una situación idónea para realizar la investigación sobre el enfermo, al cual hemos denominado "enfermo diabético urbano" , por caracterizar una forma de incidencia representativa de la enfermedad, además de que es el ser más afectado por vivir en la ciudad, por tener un mayor nivel de estimulaciones externas que afectan los estados anímicos y físicos, muy a diferencia del que vive fuera de los conglomerados urbanos.

Con respecto a estas características, se ha intentado comprender los estados patológicos en el hombre urbano a partir de considerar los parámetros biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

Un panorama general para explicar la relación entre los factores psicológicos y su incidencia en el cuerpo humano, en el aspecto biológico esta basado en estudios como el de Mirsky, que establece cómo factores genéticos (hipertensión de pepsinógeno en la sangre) y psicológicos (relación madre infante) predisponen al individuo a desarrollar úlceras duodenales cuando el desarrollo de su personalidad anormal se hace vulnerable a factores psicosociales. (de la Sierra A. O. México, 1987)

Las investigaciones en el campo de la neuroendocrinología psicológica han sido muy útiles en tomar en cuenta los factores biológico, psicológico, y social que por no ser cuestiones separadas, sino partes interrelacionadas de un todo influyen en el estado general del ser humano.

Se ha establecido que el stress psicosocial (entendido en término de los estímulos que percibe el ser humano que le hacen ver que se encuentra en una situación amenazante para su salud o equilibrio en general) puede alterar los niveles endócrinos en animales de estudio de laboratorio que así se hacen más vulnerables a la acción de organismos patógenos. También se sabe que los factores psicológicos (mecanismos de defensa) pueden alterar niveles hormonales con las mismas consecuencias patológicas. Como ejemplo se pueden citar los casos de ansiedad provocada por estrés psicosocial, que causa una activación simpático-adrenal con la producción de aminas biogénicas que afectan profundamente al sistema nervioso, causando hipertensión y patología renal.⁽⁰⁾

⁰ . Ver la obra del Dr. Angello De la sierra "Bosetos para una biopsicosociología" Ed. Limusa, MEX., 1987. 206 pp.
el análisis biopsicosocial y la relacion mente-cuerpo-sociedad.

Nuestra atención se centra en buscar una correlación entre los estímulos ambientales que rodean al enfermo diabético con su relación biológica, psíquica, y social con la finalidad de buscar las posibles condiciones de optimizar la estabilidad del mismo en todos sus contextos que encierra la enfermedad.

(Esto no significa que no abarque a la población en general).

El conocer los alcances y límites emocionales, biológicos y sociales, permiten ubicarnos en cuáles son los puntos de partida de conocimiento que se tiene e interpretar ese conjunto de experiencias para vertirlas en una generación de conocimientos concretos que contribuyan a acercarnos a generar soluciones a situaciones psicológicas provocadas por la enfermedad.

El objetivo del estudio se centra en dar a conocer los problemas emocionales que puede presentar un enfermo diabético así como el proceso determinado que lleva el paciente de saberse diabético hasta la aceptación de la enfermedad, cómo va percibiendo su existencia tomando en cuenta que este proceso puede ser característico y propio en cada paciente.

Nos referimos a un estudio sobre enfermos que ya saben su enfermedad. Puesto que aunque nuestro deseo fuera sobre enfermos que reciben el impacto, en tiempo reciente, es esto difícil, se tratará de reconstruir su experiencia. También nuestra atención se fincará en dar a conocer los estudios que se han hecho al respecto y apoyar la visión que tiene el área de estudio de la psicología, dada su incidencia y acción en el problema psicológico del paciente diabético en los

centros de atención.

Por tanto consideramos que es importante señalar que el aspecto psicológico es parte vital del control emocional o anímico del enfermo que por su enfermedad se debe al cambio radical de sus hábitos y formas de vida cotidiana, modificándolos para la adaptación a una nueva forma de vivir, lo cual implica trastornos emocionales en relación a sí mismo y con los que le rodean.

El estudio pretende enfocar el análisis de la problemática que enfrenta el diabético ante la enfermedad desde el ámbito psicológico, es decir, los estados anímicos y comportamentales que presenta el enfermo desde que tiene el conocimiento de su enfermedad hasta el equilibrio metabólico de su condición, como también hasta la aceptación de la enfermedad como algo inherente al sujeto.

El equilibrio metabólico del organismo humano, posee un enfoque elemental en el desarrollo del individuo con respecto a la enfermedad; este equilibrio se puede perder por factores internos y externos, los cuales pueden ser disfunciones orgánicas o estímulos externos que afectan al enfermo en su condición.

La problemática de sostener el equilibrio psíquico deseado en el enfermo diabético, es muy complejo por los procesos biológicos, psicológicos y sociales en el que está inmerso.

La necesidad de remarcar la condición del enfermo diabético en todos sus aspectos es para dar énfasis de que se encuentra dentro de lo que llamaríamos una " sociedad no diabética " y por ende se ve en la necesidad de buscar las posibles rutas de integración para no sentirse relegado o excluido de dicha

sociedad.

La visión de los estudiosos hacia la enfermedad es muy diversa y extensa; siendo atacada por todos los ámbitos de la ciencia pero hasta la actualidad no se ha alcanzado la cura; no obstante se han dado avances del control de la enfermedad, y es por ello, que existe una gran variedad de manuales y técnicas diversas aplicadas al paciente dependiendo de la diabétes que padece.

"La diabétes es un padecimiento cuya irreversibilidad y su permanencia en el organismo de un enfermo la define como una enfermedad crónica-degenerativa".

(1)

" Se conocen dos tipos de diabétes, una llamada diabétes tipo I o (insulino dependiente), y que generalmente se presenta en personas menores de 30 años, con antecedentes hereditarios de diabétes y que requiere, para su tratamiento, de constanstes inyecciones de insulina. Es considerada como lábil debido a su difícil control. El otro tipo de diabetes es la tipo II, o (no insulino dependiente), que se manifiesta generalmente en adultos mayores de 30 años, no necesariamente con antecedentes heredo-familiares de diabétes y cuyo tratamiento requiere, en la mayoría de los casos, de agentes hipoglucemiantes orales ". (2)

En lo que respecta a la explicación de los tipo de diabétes, se hace la diferenciación por el tipo de medicación y por las características de la edad en las que es frecuente su presencia; es preciso hacer ver que este enfoque es sólo el factor biológico, sin embargo es imprescindible no olvidar los otros factores que

1. Díaz nieta laura et all. "Grupo de autocuidado de diabétes mellitus tipo II" p.2

2. Ibid. p. 2

están presentes en el diabético, los cuales son el psicológico y el social. En el psicológico, existen variables que se contemplan a través de los efectos emocionales que representan el enfermo y que repercute en sus procesos psíquicos tanto en el ámbito individual como en el familiar; por ello es importante explicar la relevancia del desarrollo del individuo con respecto a la etapa de de vida en que se encuentra, por la razón de que se ha comprobado que la etapa de la adolescencia es la más conflictiva, por ser la etapa crítica e inestable en los mecanismos psíquicos de la conformación del individuo (3); las relaciones interpersonales en el seno familiar y como en el social son determinantes para su control, ya que son los disparadores inmediatos para su estabilidad emocional.

El enfermo diabético pasa por diversas situaciones difíciles en la búsqueda de la salud tanto física como mental. Sus preocupaciones que van desde la ausencia de vida hasta la resignación o conformismo, han despertado el interés de investigadores de psicología para la reactivación e integración de los enfermos tratando de buscar el estado más óptimo de condición de su padecimiento, tratando de concientizar y responsabilizar de su persona al enfermo diabético (4) , para no caer en problemáticas inútiles que sólo desgastan al enfermo y que no lo centran en el punto de la enfermedad en que se encuentra, porque se trata de una enfermedad, que pide sólo una cuota de interés, al enfermo diabético para padecerla o no, ya que es convicción del enfermo el lograr el equilibrio emocional.

3. Dolger, Henry, "Como vivir con la diabetes", Ed. Diana, MEX., 1980, El impacto emocional y social sobre la diabetes es mayor en la adolescencia, así como también es difícil las adaptaciones emocionales y sociales. p. 168

4. González Vera Rubén, "Investigación sobre neuróticos anónimos", UAMI, 1983, p. 92. La logoterapia tiene un principio fundamental: que el paciente asuma la responsabilidad de sí mismo.

En la primera parte de esta investigación se presentan tres apartados en donde se maneja la concepción de lo que es la diabetes y la problemática que ella encierra relacionando los trabajos anteriores que se hicieron en el contexto de la psicología y la medicina al respecto de la enfermedad.

En la segunda parte manejamos la perspectiva metodológica psicosocial y los procesos de adaptación aunados a los factores que se manejan en esta investigación con la diabétes.

En la tercera parte se muestra la estrategia general de la investigación haciendo notar las variables, los instrumentos de recolección, el diseño de la muestra, etc., y todo el análisis de resultados encontrados en la investigación.

EXPOSICION DE OBJETIVOS

Los resultados esperados descritos a partir de los objetivos, se buscan conseguir con la finalidad de corroborar las teorías que sustentan la investigación tanto por la importancia que merece considerar el aspecto emocional como factor del proceso salud-enfermedad como por la verificación teórica al respecto ya que propicia la consideración del factor psicológico dentro del tratamiento médico de la enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reconocer los problemas psicológicos (depresión, angustia, ansiedad, estrés, etc.) de los enfermos diabéticos y reconstruir el proceso de comportamiento desde el conocimiento de su situación de enfermo hasta su asimilación psicológica de la enfermedad, (desde una reconstrucción de la experiencia misma del enfermo) y analizar las alternativas terapéuticas existentes a nivel individual y familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Examinar los estados emocionales que se caracterizan en un enfermo diabético a partir de la investigación previa y analizar la existencia dentro del proceso de

estudio a realizar.

2. Conociendo los estados emocionales del diabético, describir qué métodos o técnicas optimizan su condición en dirección al equilibrio.

3. Dentro del proceso de temporalidad que se está tomando en cuenta (impácto-equilibrio), encontrar si existen fases y períodos identificables.

4. Conceptualizar las categorías de análisis de la enfermedad tales como tipos de diabétes, edad, sexo, responsabilidad laboral, dieta y situación asistencial médica.

5. Describir como son las relaciones familiares y sociales de los enfermos.

6. Describir la concepción que tiene el enfermo sobre la diabétes a través de su experiencia personal.

7. Describir la concepción que tiene la familia sobre la diabétes a través de su experiencia familiar.

8. Diferenciar la condición de equilibrio metabólico del equilibrio anímico y caracterizarlo según la modalidad. (Análisis del cambio metabólico y cognitivo).

I. PRIMERA PARTE : ¿ QUE ES LA DIABETES ?

La diabétes es un vocablo antiquísimo, que se afirma fue inventado por Aretéo de Capadocia en el año 70 A.C.; desde entonces hizo la primera explicación clínica de la enfermedad, a la cual describió como una "fusión de la carne y de los miembros de la orina. Además de los griegos, el mal fue conocido ya, desde antes, por los antiguos fenicios y egipcios, y se le menciona hacia el año 1,500 A.C. en el papiro egipcio de Ebers.

Los ingleses Thomas , Willis y Dobson quienes evidenciaron en el siglo XVII la presencia de azúcar en la orina. Los antiguos chinos también conocieron la diabétes mellitus, a la que llamaron enfermedad de la pérdida.

En 1845 Buchardet fue el primer investigador que relacionó la diabétes con el páncreas. Brunner en 1886, Mikowsky, Meringen 1889, comprobaron la relación que hizo Buchardet.

Las hormonas, nombre que se utilizó por primera vez en 1905 son sustancias producidas por las glándulas endócrinas de las cuales el páncreas es una de ellas.

Los ingleses Bayliss y Starling descubrieron que el páncreas produce una hormona que llamaron secretina. Paul Langerhans quien el 1853 encontró lo que denominaron islotes de Langerhans (áreas del páncreas conocidas con este nombre) Frederick Grant Banting en 1921 y Charles H. Best lograron aislar la antigua

secretina que denominaron insulina sustancia que se utiliza para el control de los enfermos.

Claudio Bernard había demostrado en 1859 que lesiones producidas en ciertas partes del cerebro produjo hiperglicemia. (...) las lesiones del sistema nervioso central son de importancia substancial en la producción permanente de diabétes. (West, Kelly M., M.D., New York, 1978)

A) CONTINUIDAD LOGICA DEL ESTUDIO

El problema de la enfermedad de la diabétes ha sido abordado desde múltiples perspectivas, que como ya hemos mencionado, los investigadores han ampliado el conocimiento de los factores psicosociales que rodean a la enfermedad.

Tal es el caso de David M. Holmes ⁽⁵⁾ quien apoya la perspectiva del estudio psicosocial y en específico da un fundamento teórico al tocar los puntos de adaptación inicial de la diabétes, además de que lo sostiene al mencionar la existencia de factores emocionales en el diabético como el stress, los temores, la neuropatía, la sensación de vulnerabilidad y "diferencia" , entre otros.

Díaz Nieto Laura, et al (1990) , ponen de manifiesto la importancia de analizar ciertos factores como: la percepción que tienen los diabéticos del proceso salud-enfermedad; el estilo de vida que predispone a una enfermedad específica; las

⁵. David M. Holmes "Diabétes en su contexto psicosocial" en: Marble, Alexander, et al. Joslin. Diabétes mellitus Ed. Inter Médica, duodécima ed., México, 1989, p. 845.

respuestas fisiológicas, ante el stress psicológico, y las formas de enfrentar la enfermedad, y los factores de riesgo que se asocian con la diabétes.

Por otro lado, D. Figuerola, quien hace notar la importancia del equilibrio familiar, que se puede alterar cuando algunos de sus miembros es diagnosticado de diabétes.

Si el diabético es, además un niño o un adolescente, los cambios familiares son aún más evidentes.

Figuerola menciona que "las modificaciones producidas en el seno de la familia van a guardar relación directa con sus peculiaridades y su grado de estabilidad. Sobre una familia equilibrada y sin tensiones se producirán muchos menos trastornos que sobre una familia que ya esté previamente en conflicto. Incluso está plenamente demostrado que el control metabólico de los niños diabéticos es mejor si pertenecen a familias emocionalmente estables."⁽⁶⁾

Castro Alarcón menciona que un aumento de azúcar en la orina y en la sangre puede acompañar los estados de emoción intensa ha sido reconocido por muchos internistas. Meyer y sus colaboradores han verificado en los diabéticos que están enfermos a tratamiento psicoanalítico que estas fluctuaciones en la glucosuria (azúcar en la sangre) son susceptibles de ser relacionadas por estados de perturbación emocional.

6. Figuerola, D. "DIABETES" Ed. Salvat, 2a. Ed., Barcelona, 1990, p.163

Más importante que la relación entre factores psicológicos y el desarrollo y evolución de la diabetes es la valoración de los efectos de la enfermedad sobre el psiquismo del enfermo.

En la diabetes, la interacción entre el equilibrio metabólico y la adaptación personal es tal que la regulación clínica no es suficiente para tener éxito en el manejo de los enfermos.⁽⁷⁾

B) LA DIABETES Y LOS PROBLEMAS EMOCIONALES

EL PACIENTE DIABETICO

"No existe un acuerdo absoluto sobre cuáles son los límites "normales" de glucosa en la sangre, algunos autores sostienen de 65 a 110 mg. de glucosa, por cada ml de sangre (Krupp, M:A: 1986), otros 70 a 120 (Welch, C.A. et all 1972) y algunos más 70 a 140 (Laboratirios Lyly 1988)." Los valores obtenidos por debajo o por arriba de estos rangos son considerados hipo o hiperglucemia, respectivamente." ⁽⁸⁾

El límite anormal de glucosa en la sangre determina si se trata de un enfermo de diabetes y se diferencian los tipos por la dependencia o no a la insulina. Esto, en base al mal funcionamiento del páncreas.

7. Castro Alarcón, J. "Importancia del adiestramiento del enfermo diabético desde el punto de vista médico, psicológico y social" Servicio de endocrinología. Hospital general. Centro Médico Nacional, I.M.S.S., Mex (off sal:-G), 1966,p.24-25

8 Op. Cit., p.6

Se enfatiza que el enfermo diabético no insulino dependiente (tipo II), no se considera enfermo en sí mismo, es decir, por propia convicción y por dicha situación, cae en fenómenos desencadenantes de descuido y más pronto fallece o cae en la dependencia a la insulina.

1. EDAD DEL PACIENTE DIABETICO

Cuando se presenta la diabetes en la infancia, la noticia de que un hijo tiene diabetes, los condicionantes emocionales están directamente relacionados con la respuesta psicológica de los padres ante el comunicado. Dicha noticia pone a prueba la estabilidad emocional de una familia. De la actitud que adopte el entorno familiar dependerá en gran parte la conducta del niño como diabético.

Se debe considerar un concepto psicopedagogo que es fundamental: "que el niño tenga una justa opinión de sí mismo", que no se menosprecie excesivamente y que no se apoye demasiado en su dolencia crónica para obtener beneficios adicionales como la sobreprotección, poca exigencia en los estudios, etc. Para ello es importante evitar las actitudes dramáticas, procurar que el niño lleve una vida similar a la de sus compañeros, aprovechar los beneficios del deporte y no distinguirlo de sus hermanos, todo ello dentro de una correcta información acerca de los riesgos de la diabetes y una buena instrucción sobre el autocontrol. Hay que aprovechar la gran capacidad del niño para recibir educación eficaz. (Figuerola, D. 1990).

La diabetes, cuando se presenta en la adolescencia se trata de un problema delicado. Como se sabe, en la pubertad se presenta en niños y niñas, una cierta

crisis. Esta crisis se caracteriza por introversión, afirmación forzada de la personalidad, afán de independización sin recursos para conseguirlo, relación crítica con los padres, aparición del instinto sexual, incipiente elaboración del proyecto de vida, entre otras más. tener que añadir a esos temas el de la preocupación por la propia imagen corporal, en orden a la salud, y a la valoración que los demás puedan hacer de ella (en especial el otro sexo), significa un problema suplementario que conduce en ocasiones a dos actitudes peligrosas: el pasotismo y/o la rebeldía frente a las exigencias del autocontrol.

Cuando se trata de diabétes en la adolescencia, es obligatorio un esfuerzo de comprensión y de intervención respetuosa en la intimidad del paciente.

Tanto en los niños como en los adolescentes, la convivencia en colonias de veraneo para diabéticos puede ser muy conveniente, ya que, además de facilitar una formación acelerada en temas sobre la diabetológicos, ayuda a asumir la enfermedad con naturalidad en convivencia con otros niños diabéticos. (Figuerola, D. 1990)

Como se indicó en una revista de treviting, 1962 la evidencia es completamente conflictiva concerniente al estado psicológico de la diabétes juvenil. También se vió el mismo conflicto en estudios más recientes Kravitz 1971.

(West, Kelly M., M.D., New York, 1978)

Cuando la diabétes se presenta en la "edad adulta", se presentan problemas generales, y por otro lado problemas particulares del individuo. La situación familiar (soltero /a, con hijos o sin hijos, con economía dependiente o autonoma al respecto) y la situación profesional deben ser valoradas adecuadamente. Ciertas

tareas dificultan más que otras el grado de disciplina dietética, horaria y relativa a la actividad física que otras. El paciente debe sentirse interpretado en estos aspectos y hay que evitar que se considere un diabético anónimo a la hora de prescribirle una pauta. Este concepto de anonimato nos sirve para insistir en el error de querer "esconder" la enfermedad: en primer lugar, porque hay que explicarle al diabético que su consideración social no depende de esta peculiaridad de su vida y, en segundo lugar, porque es muy conveniente que las personas de su entorno conozcan los signos de alerta de una descompensación y los sencillos mecanismos de corrección, y, además, le ayuden a realizar una vida normal y controlada. Si ignoran que es diabético, difícilmente podrán ayudarle y, por el contrario, se crearán perplejidades o situaciones difíciles.

Dependiendo de la edad que tenga el diabético adulto, se planteará lógicamente preguntas acerca de su porvenir profesional, de su vitalidad sexual, y de sus perspectivas de calidad de vida en relación a manifestaciones tardías de la enfermedad. Es evidente que una buena actitud será la de no olvidar los riesgos, ni vivir obsesionado por ellos. Ni la incoscienza ni la ansiedad depresiva son buenos apoyos para una conducta sensata y gozosa. (Figuerola, D. 1990)

En caso de que se presente la diabétes en la vejez se corre el riesgo lógico de sentirse más viejo y con menor perspectiva de vida. ni que decir tiene que esta actitud es equivocada, ya que de lo que se trata es de "dar vida a los años" y, en este sentido, constituye una agradable sorpresa ver la capacidad de vivir satisfactoriamente que tienen muchos diabéticos afectos de notables limitaciones. Muchos de estos pacientes habían sido considerados poco aptos para una educación sanitaria y acaban demostrando capacidad para el autocontrol. La incultura y la edad no son excluyentes para decidir si un diabético es tributario de un proceso

educativo. (Figuerola, D. 1990)

2. DIFERENCIACION SITUACIONAL

a) Diabético Cautivo

Lo describimos como aquel que se encuentra hospitalizado, bajo tratamiento médico; se ha notado que este tipo de diabético tiene períodos de depresión por la situación de su salud, que muchas veces lo lleva a aislarse de su grupo social con la consecuente reducción de convivencia y comunicación que requiere para su mejoría emocional y hasta biológica.

b) Diabético no Cautivo

Lo caracterizamos como aquel que se autocontrola a nivel de consultorio y se encuentra en su hogar dando mayores posibilidades a su recuperación ya que no tiene un ambiente aislado sino por el contrario interactúa con la familia, amigos, etc.

C. LA DIABETES Y LOS ESTUDIOS PSICOLOGICOS ANTERIORES

Estudios recientes en psicología de la salud (Torres y Beltran, 1986; Holtzman, 1988; Surwit, Feinglos y Scovern, 1983) han propuesto alternativas de atención que ayuden al paciente a que conozca formas en que él mismo controle una buena parte de su enfermedad, a través de un "entrenamiento psicológico. Tratando en primera instancia, que el paciente supere el sentimiento de pérdida de salud, produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que hace

que agraven la enfermedad (Eustace, 1987, Diaz Nieto, Galan C., y Oviedo G., M. T. 1989)" (9)

"Los primeros trabajos que relacionaron los factores psicológicos y la diabetes fueron dados por Willi (1979) y Maudsley (1899), que encontraron que estados de depresión o ansiedad parecían causar la diabetes en ciertos casos" (10)

En la década de los cuarentas de este siglo se dió la investigación psicosomática del padecimiento donde se trato de correlacionar el tipo de personalidad con el desarrollo de enfermedades específicas. (Ejemplo de esto, los estudios de Meyer, Hinkle, Wolf, Meyer, A. y otro. "Correlation between emotions and carbohydrate metabolism and two cases of diabetes mellitus", Psychosomatic medicine VII, 1945.)

En la década de los 80's se han identificado variables psicológicas que puedan afectar el funcionamiento biológico a saber : el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de stress.

En vista de que haya una nueva visión de interacción entre factores biológicos y psicológicos en las enfermedades crónico degenerativas, se ha analizado la intervención de estrategias psicológicas para incrementar el impacto terapéutico sobre los portadores de las enfermedades.

"La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad"

9. Diaz Nieto Laura, et all. Op. Cit. p.3

10. Op. cit. P. 3

(Fernández, 1986). (11)

"Las estadísticas sobre la incidencia de los trastornos psicofisiológicos no son de confiar y esto se debe en parte al desacuerdo que existe sobre si las enfermedades en particular tienen o no causas psicológicas. Es posible hacer, sin embargo, algunas generalizaciones. En una investigación se encontró que el 59.5 % de una población muestra padecía de algún tipo de trastorno fisiológico." (Nota ver capítulo XIV en el libro: Psicología Médica FCE pp. 298).

Las tasas de desórdenes psicósomáticos por cada 1000 habitantes (Kolb 1968) :

Condiciones del corazón: 92

Hipertensión : 57

Diabétes : 23

Fiebre de heno : 20

Asma : 12

(Irwing Saranzon. Psicología anormal, Ed. Trillas pp. 253-254)

11. Op. Cit. p. 5

II. SEGUNDA PARTE : ASPECTOS DE TEORIA PSICOSOCIAL DE LA DIABETES

La perspectiva teórica que comprende el estudio, tiene como finalidad de usar los conceptos que hay alrededor de la psicología de la salud y reelaborarlos para encontrar los procesos de estudio en el contexto histórico específico.

La estructura conceptual, determina la visión particular del estudio, de tal forma que se visualiza el enfoque teórico necesario que encierre las complejidades que se manifiestan en la historia cotidiana.

El primer elemento de la estructura conceptual es el impacto psicológico , por lo cual entendemos la relación emocional que descontrola el estado anímico del enfermo, ante el conocimiento de la enfermedad.

Es importante, se tome en cuenta este tipo de reacción, dado que puede repercutir en el proceso de restablecimiento o control de la diabetes del enfermo, además de su repercusión psicológica en sí mismo y con los que rodean al enfermo.

El estado emocional , lo denotamos como estado subjetivo del sentimiento, por ejemplo: amor, odio, temor, ansiedad, pena; es decir, el presentar cualquiera de estas emociones pero en función de experiencias personales.

En relación a esto, está un tercer elemento teórico, a saber, la integración

emocional ; por la cual entendemos un proceso de aceptación de la realidad en tal forma, que los estados emocionales se estabilizan y se manifiesta un comportamiento y actitud como usualmente presentaba el enfermo antes de serlo o saberlo.

En este proceso de aceptación de la realidad intervienen: el propio enfermo, su familia y la sociedad. Consigo mismo se da el proceso de aceptación de su enfermedad que mantiene sentimientos y emociones con respecto a lo que le sucede y su forma de valorarse como persona, además del sentimiento de pérdida de salud que presenta.

Totalmente ligado a esto está la relación familiar, que se ve afectada, por los procesos de valoración de sí mismo y de la vida, en las interacciones familiares cotidianas de su familia y de él.

El concepto de familia , lo entendemos como un grupo socializador, donde es posible la influencia emocional.

Un tercer nivel de todo este proceso es que relaciona es el que relaciona al enfermo diabético con la sociedad, es decir cómo es tratado por los compañeros de trabajo u ocupación al saberlo diabético: lo excluyen, lo compadecen, etc., así como sus amigos, etc. En todo este proceso de integración emocional intervienen actitudes que pueden ser definidas en términos de pro y contra de afectos hacia un objeto o clases de objetos, donde tales conjuntos afectivos están relacionados a las cogniciones o creencias. Por tanto las actitudes se conciben como consistentes componentes afectivos y cognitivos.(¹²)

12. Iusko, Ch. A. Teoría de la consistencia efectiva, en: "Teorías of attitude change" , Prentice, Hall, Ben Jersey, 1967, Rosenberg y Abelson. p. 1

Según Gordon Allport, en 1935, la mayoría de los investigadores definen la actitud como una "predisposición aprendida para responder a un objeto o clase de objetos en forma consistentemente favorable o desfavorable. (13)

Las actitudes juegan un papel importante en el proceso de estabilización emocional del diabético desde el impacto que le produce saber su enfermedad hasta dicho equilibrio. porque la actitud que tome ante su enfermedad le ayudará o no, a su control emocional y biológico.

Es necesario tomar en cuenta el contexto social concreto en que se operacionalizan dichos conceptos para analizar la problemática real y buscar las posibilidades terapéuticas que se han llevado a cabo o que se pudieran implementar.

Las terapias que busquen el control del paciente diabético, control anímico, físico y social les favorece tener en cuenta todos los aspectos posibles que están alrededor de la enfermedad, y que sirvan para su mejoría hacia una vida más aceptable por el propio paciente.

De ahí que entra en acción la llamada psicología de la salud considerada como un conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas, y profesionales en la disciplina psicológica, así como la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, y al análisis y mejora del sistema sanitario y elaboración de una

13. Ibid. p. 9

política de salud. (Bayes Ramón, 1987).

Por otra parte, también se encuentra la medicina comportamental como campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento científico y de las técnicas, de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Bayes Ramón, 1987).

También se ha usado el término psicoendocrinología dado que se estudia las glándulas (como el páncreas, que es de secreción interna: segrega la hormona isulina) del cuerpo desde es ámbito médico y psicológico.

La psicoendocrinología "investiga específicamente el determinismo hormonal de ciertas conductas, tanto en animales como en hombres. (...) Pero apenas en los últimos años se ha descubierto el determinismo hormonal de conductas como las siguientes: Sueño invernal, construcción del nido, conducta materna, conducta social, migración, etc. (Waters, Rethlingshafery Caldwell, 1960). (Díaz Nieto, et. all. Méx., 1990)

A. CONCEPTUALIZACION TEORICA ALREDEDOR DE LA DIABETES

APRENDIZAJE SOCIAL EN LA DIABETES

La psicología tiene una definición muy sencilla del término, la cual abarca dicha esfera: el aprendizaje es la modificación del comportamiento como resultado de la experiencia. Es una buena definición porque revela la importancia de la diaria adaptación a los acontecimientos.

Aun así, resulta engañosamente simple, pues no intenta explicar el aprendizaje ni la manera como se presenta.

Para entender la definición científica del aprendizaje debemos de remontarnos a los principios de los años de este siglo y conocer los trabajos de uno de los pioneros de la psicología, el ruso, Ivan Pablov. Pero ese no es el objetivo de este trabajo sino identificar el concepto en el sentido de que el ser humano se adapta a través del aprendizaje por los diarios acontecimientos o experiencias a su ambiente social.

Una persona que se rehúsa a la vida nueva y más costosa requerida por el deterioro de la función puede rechazarla con el suicidio, el divorcio y el abandono.

Aquel con una enfermedad crónica así como su familia y sus amigos, pueden adaptarse a interacciones y estilos más simples. A causa de lo que significa la

relación, se esfuerzan con tenacidad por mantener ese vínculo y esa forma de vida. Aprenden a ayudarse a considerar no importantes a los cambios y las diferencias.

"El aprendizaje es esencial para la condición humana, al permitir que el organismo se adapte a su ambiente." (...) "Se procuce de tres maneras principales: 1) por condicionamiento, 2) por imitación de la conducta ajena, y 3) Modificando la estructura cognitiva mediante la cual reflexionamos acerca del ambiente." (14)

IMPACTO PSICOLOGICO DESPUES DEL DIAGNOSTICO

El impacto psicológico se da de manera diferente dependiendo de la edad que se tenga cuando se diagnostica la diabétes. "Cuando se informa a los padres que su hijo padecc diabétes, a menudo reaccionan con incredulidad o shock. A esto le sigue el asombro, la ansiedad, la sensación de desesperanza y el profundo pesar por el niño al que creían sano. La diabétes acentúa la culpa que sientes los padres. Estos tratan de no descargar sus miedos y frustraciones en el niño diabético o en los otros hijos, y de no abusar emocionalmente entre sí. Es preciso ayudarlos a prevenir estos problemas y apoyar a toda la familia." (. .) "En adolescentes, fué el primer shock de tener una enfermedad amenazante de por vida. En ocasiones se atenuó al saber que es una patología compatible con la sobrevivida larga y no asociada a muerte inminente. Después del impacto, apareció una sensación de desesperanza y cólera o ansiedad, teñida por la experiencia pasada." (...) "Aun en algunos adultos, el impacto es intolerable, en particular en las familias plagadas de problemas o en aquellos que no saben afrontar la

14. Vander Zanden, J. "Manual de psicología social" Paidós, México, 1989, p.134

patología crónica. En estos casos, la empatía, la calidez, el realismo y el tacto exhibido por los profesionales parecen ayudar a alejar la aparición o la acentuación de dificultades tenaces de la personalidad en pro de una fase media serena." (15)

"Se considera que el impacto psicológico inicial sobre los individuos es mayor en el caso de aquellos grupos funcionales -incluida la familia- que se denominan grupos primarios. Hallamos en ellos relaciones íntimas y atracción mutua."(16)

EL SI MISMO EN EL DIABETICO

Dado que es posible la afectación del sí mismo, en el paciente diabético, hemos considerado la concepción conceptual del término.

Los teóricos del " campo organísmico " , tales como Goldstein, Maslow, Rogers, Jourad y Berne, con respecto al estudio de la personalidad hacen incapie en cuanto a nuestra capacidad para la autodestrucción, el autodesarrollo, el libre albedrío y la capacidad para el cambio. El mensaje implícito es que existen valores en la vida, los cuales conocemos a partir de nuestras experiencias, y que las observaciones son apreciadas y benéficas: la expresividad, el gozo, la capacidad

15. Marble A., et. all. "Joslin : Diabétes Mellitus", Ed. Intermédica, Duodécima edición, México, 1989, pp. 846-847.

16. Holander Op. Cit. p.375

para responder emocionalmente, la percepción sensorial, la espontaneidad, la autoestabilidad, la compasión, la creatividad, etc.

Para estos humanistas o existencialistas, como comunmente se les llama, la base de la congruencia individual es la "realización de uno mismo", el proceso de luchar para encontrar y desarrollar el potencial propio. Generalmente esto se logra al examinar y luego al experimentar aquellos factores que detienen, obstruyen o impiden el desarrollo de nuestra personalidad.

Abraham Maslow, una figura importante en este campo, consideró al inconsciente como el centro de la mayor felicidad, creatividad, y del bien. Los impulsos inconscientes nos estimulan en nuestra búsqueda de la integridad y la verdad; poseemos un deseo activo hacia la salud, un impulso hacia el desarrollo o hacia la realización de las potencialidades humanas. Las "experiencias cumbre" tales como el sexo, la religión, y ciertos tipos de música pueden producir el conocimiento de uno mismo, de su cuerpo y de su ser. Según Maslow, se debería juzgar a la personalidad únicamente dentro de este marco de referencia positivo.

El sí mismo ideal. Carl Rogers, otro iniciador de esta teoría, opinaba que todos somos capaces de moldear nuestra propia personalidad. También insistió en la importancia de las experiencias internas. Para Rogers, la forma como vemos, sentimos e interpretamos los hechos es la clave para entender el desarrollo de la personalidad y de la conducta. Cada uno de nosotros necesita valorar su propia personalidad sin negar sus propias fallas o debilidades poderes o capacidades.

Debemos establecer un "sí mismo ideal", haciendo un esfuerzo consciente por

ser la persona que realmente nos gustaría ser.

Una función que cumple su imagen idealizada es la necesidad de disponer de sensaciones que lo hagan sentirse superior que los demás, dado que la persona vive en el seno de una selva humana en la que las actitudes de humillar, engañar, explotar, y avasallar son exuberantes. De ahí que la persona se vea compelida a medirse y comportarse con los demás, no por razones de vanidad y capricho, sino por una insoslayable necesidad.

La aceptación del sí mismo es el primer paso para un cambio hacia la superación y después debemos ser capaces de expresar más directamente nuestros sentimientos a los demás.

Por desgracia, la mayoría de nosotros tiende a verse a sí misma en términos de los valores de otras personas, más que de los propios. Este "sí mismo social" a veces no concuerda con nuestro "sí mismo ideal".

Para Rogers, cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será la probabilidad de encontrarse psicológicamente perturbado. Al igual que Maslow, Rogers ha elaborado una teoría donde destaca la acción y el desarrollo personales.

Entonces, un enfermo diabético que tenga por sí mismo ideal un ser humano sano físicamente, puede tener problemas al no querer aceptar que tiene una enfermedad que no se cura sino que sólo se controla, y peor sería si se tratara de un enfermo diabético de diabetes tipo I que requiere para su control inyección diaria de medicamento. (La diabetes mellitus tipo I, es de carácter insulino

dependiente).

La responsabilidad y el desarrollo personales son los conceptos claves de la psicología humanística, la cual se ha convertido en la tendencia teórica más prominente de los últimos años. Tal vez esto se deba al creciente interés en el "sí mismo", especialmente entre los jóvenes.

Al ofrecer la posibilidad de "un conocimiento del sí mismo", de amar, ser creativos y de recibir atención (temas predominantes en las prácticas religiosas y místicas), refuerza la idea de la experiencia individual frente a los hechos físicos, como base de la realidad." (17)

La sensación de bienestar, de autoestima y de ecuanimidad acerca de la dependencia de sí mismo y de los demás, y la medida del éxito ante las dificultades acrecientan la capacidad del diabético para conservar la fé en la longitud y en la calidad de vida.

En stress agudo el concepto de uno mismo se oscurece. Esta modificación y las defensas que emergen en el niño o el joven después del diagnóstico de la diabetes persisten. Pueden advertirse años más tarde ante la separación inminente de personas importantes.

El desplazamiento habitual desde los mecanismos de minimización y negación, y tensión vigilante, hasta la aceptación de sí mismo como diabético y sus implicancias, parece iniciarse a los 17 años. Este proceso podría complementarse a

17. Kristal, Leonard "Comprenda la psicología" , DIMSA, HARLA, Mexico, 1980, p.99

los 35 años, cuando la mayoría de aquellos con enfermedades crónicas de largo tiempo se adapta a sus limitaciones y mortalidad. (D.M. Holmes, 1989)

PERSONALIDAD DEL DIABETICO

Para el psicólogo, "personalidad" es la suma total de las formas en que una persona reacciona ante e interactúa con otras personas y el ambiente.

En este sentido, la " personalidad " es la integración de actitudes, valores, hábitos, características físicas, intereses, capacidades y demás. El estudio científico de la personalidad es el estudio de la persona en su totalidad, y nosotros somos todo eso.

Cada uno de nosotros tiene una personalidad única, y los psicólogos están de acuerdo en que tres factores contribuyen a su formación: la herencia, la cultura y la experiencia individual. Algunos afirman que la herencia - nuestras características biológicas y genéticamente establecidas -explica la mayor parte de la personalidad.

Otros admiten que, aún cuando nuestra apariencia física se conforma en gran parte por la herencia y esto probablemente influye en la personalidad, el ambiente social, y la cultura en que vivimos constituyen los factores más importantes. Un tercer grupo tiene en cuenta las otras dos fuentes de influencia pero cree que nuestra experiencia única y la forma como la usamos e interpretamos moldea el

desarrollo de nuestra personalidad.

Walter Mischel, de la Universidad de Stanford, se opuso firmemente a la teoría de que la personalidad se basa en la experiencia y de que es resultado de los rasgos innatos. Ha definido la idea de que nuestra conducta, en cualquier situación, puede cambiar notablemente, debido a experiencias anteriores, y de que en la situación (o ambiente) produciría serios cambios en la "personalidad", incluso en la forma que nosotros mismos nos conducimos puede cambiar bajo circunstancias específicas." (18)

Para Sigmund Freud la personalidad es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de conducta de un individuo.

La personalidad se va adquiriendo a partir de un proceso de desarrollo desde que se nace hasta que se muere.

Harry Stack Sullivan menciona que la personalidad existe sólo cuando el hombre interactúa con otros. Por lo tanto, cree que la unidad propia de análisis de la personalidad no es el individuo, sino la situación interpersonal.

"El yo según la teoría freudiana, es el aspecto racional de la personalidad que regula las actividades del ello y guía la conducta del organismo para hacer frente a las demandas de la realidad. El yo se ocupa del mantenimiento de la aprobación social y de la autoestimación, y regula la expresión de los impulsos del ello conforme a su grado de "aceptabilidad" en el mundo real." (...) "La teoría divide la estructura de la personalidad en tres partes, el ello, el yo y el superyo. Para

18. Kristal, Leonard Op. Cit. p. 92

la psicología moderna estas son nociones hipotéticas. Aunque están menos bien definidas que otras nociones, como las de "hambre", "motivación", o "pulsión" (y por tanto, tienen que usarse con cautela) no obstante han constituidos un marco conveniente y sistemático para el estudio de algunos fenómenos psicológicos especialmente en lo que respecta al trabajo de clínica." (19)

Aun cuando las tentativas de vincular a la diabétes con un tipo de personalidad en especial fracasaron, los diabéticos, en particular los menores de 17 años, son cautelosos ansiosos y pesimistas acerca del futuro. Estos rasgos pueden impedir la evolución o el mantenimiento de la autonomía y demorar el desarrollo de las relaciones con los pares.

Aquellos con diabétes en la infancia, la adolescencia o la juventud se encuentran en el procesos de decidir cómo se desempeñarán y trabajarán con otros, qué valoran y quienes son desde el punto de vista sexual y vocacional. (D. M. Holmes, 1989).

EQUILIBRIO BIOLOGICO DEL DIABETICO

"El sistema parasimpático, es responsable de la conversación de la energía corporal, la digestión, la eliminación de los productos de desecho, la protección de nuestros sistemas sensoriales y el mantenimiento general del equilibrio del organismo en su totalidad." (20)

19. Ruch Floyd L. "Psicología y vida", Trillas, México, 1974, p.145.

20. Ruch Floyd L. Op. Cit. p.30

El mantenimiento del equilibrio en todas estas actividades se logra por la forma de cooperación antagónica que existe entre los sistemas simpático y parasimpático, trabajan uno contra el otro. El primero comienza a estimular al organismo a una mayor actividad, el segundo lo detiene o al menos obstaculiza el efecto total a fin de evitar que el organismo tenga una reacción "desenfrenada", al hacer funcionar desordenadamente a todos sus sistemas". (21)

"El cerebelo controla todas las actividades normales del cuerpo, tales como el latido del corazón, la respiración, la coordinación muscular, el equilibrio, etc., así como al sistema de comunicación entre los órganos sensoriales y las extremidades." (22)

Las glándulas funcionan en una interrelación constante donde una activa a aquella que trabaja lentamente más de lo normal para que la producción de hormonas sea la adecuada. El cuerpo tiene un equilibrio constante metabólico en función de las alteraciones químicas que se dan en el organismo. En el diabético, el páncreas es la glándula que segrega la hormona insulina. La insulina es primordial para mantener el nivel de azúcar en la sangre equilibrado. Por esto, algunos diabéticos que tienen extirpado el páncreas necesitan de inyecciones de insulina diarios, o medicamentos con sustancias que su propio organismo no puede producir.

"Las glándulas endócrinas, o sin tubo de secreción, cooperan con el sistema nervioso y desempeñan una parte importante en la conducta de ajuste. Las hormonas que secretan, regulan la velocidad del metabolismo y contribuyen a la homeostasis o equilibrio del cuerpo." (...) "Para ayudar a mantener el equilibrio y

21. Op. Cit. p. 30

22. Op. Cit. p. 28

coordinar las funciones del cuerpo, las diversas glándulas endócrinas trabajan con gran coordinación. Si una glándula está funcionando demasiado lentamente, otra glándula puede soltar una hormona que estimule su acción; si la glándula está excesivamente activa otra puede secretar una hormona para frenarla. La lesión o la extirpación de una glándula endócrina puede trastornar el funcionamiento de todo el sistema." (23)

"La tendencia actual es considerar el efecto psicológico como un mecanismo entre varios otros capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar en el organismo." (24)

EMOCIONES Y LA DIABETES

Las emociones son estados subjetivos que se acompañan de cambios químicos y fisiológicos que ocurren en la totalidad del organismo. Algunas emociones tales como el gozo, la ternura o la alegría, producen placer y por lo general mantienen su buen funcionamiento. En cambio, otras emociones, las que se relacionan con funciones biológicas de fuga y ataque, tales como la angustia, la cólera, el miedo, producen displacer además de ser violentas.

"Durante un estado de intensa emoción ocurren una serie de cambios glandulares. En diversa forma se afecta todo el sistema endócrino, por vía de la hipófisis y el hipotálamo". (25)

23. Op. Cit. pp. 81,84 y 85.

24. Castro Alarcón J. Op. Cit. p. 23

25. Ardila Rubén "Mecanismos y teorías de la emoción", en PSICOLOGIA

Después del diagnóstico de la diabetes se presentan diversos tipos de emociones pero es característico el de sentir depresión, pero cuando se presentan complicaciones de la enfermedad tiende a amenazarse la autoestima, despertar ansiedad por la posible pérdida de habilidades y logros alcanzados con gran esfuerzo y también de funciones y partes del organismo, y producir culpa, vergüenza y temor a no contar más con la aprobación, el afecto y el respeto de la familia, amigos y los compañeros de trabajo. Cualquier dificultad física e invalidez creciente magnifican estos problemas. (D. M. Holmes.)

"El impacto que tienen los problemas sociales y emocionales sobre la diabetes es mayor en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida. Y la diabetes a su vez, tiene un efecto igualmente molesto sobre las adaptaciones sociales y emocionales del adolescente." (26)

"Lowen advirtió a través de su práctica clínica que la pérdida o ausencia de fé en sus pacientes y la depresión en los mismos tenían una correlación positiva y muy elevada, es decir, que el nexo de estas experiencias afirmó que las personas con fé no se deprimen, también advirtió que era lógico que si las personas estaban tan desencantadas y desilusionadas del mundo de hoy, esta situación produjera tanta depresión. Cuando la gente pierde la fé se diluyen también sus deseos y sus impulsos de alcanzar cosas, de comunicarse y de luchar." (27)

"(...), individuos que padecían alguna enfermedad o se enfrentaban a la vejez o a la muerte. Esta es la clase de personas que tienden a sentirse solitarias,

FISIOLOGICA , México, 1975, Trillas, biblioteca técnica de psicología, p. 155.

26. Dolger Henry y Seeman B. Op. Cit. p.168

27. González Vera R. Op. Cit. p. 101.

vacías, frustradas, impotentes o desdichadas." (28)

Que un aumento de azúcar en la orina y en la sangre puede acompañar los estados de emoción intensa , ha sido reconocido por muchos internistas. Meyer y sus colaboradores han verificado en diabéticos sujetos a tratamiento psicoanalítico, que estas fluctuaciones en la glucosuria son susceptibles de ser relacionados por estados de perturbación emocional. (Castro A. J, México, 1966)

"Las personas que tienen predisposición a la diabétes y que en forma frecuente sufren de alteración emocional, como lo es la ansiedad, la angustia, el nerviosismo, los corajes, pueden presentar la diabétes." (...) "Alteración emocional se deprimen o se irritan con facilidad. Estos síntomas se deben al daño que ocasiona la glucosa al no utilizarse adecuadamente." (29)

Allen en 1919 cita un reporte por trincavella (1476-1568) un caso veneciano de diabétes atribuido a persecución, pesar. Thomas Willis observó en el siglo 17th que el prolongado pesar, pena o dolor podría causar diabétes. En su revista de 1868 Brigham mencionó reportes de Rayer, de inicio de diabétes después de un ataque de enojo y de Landowzy concerniendo diabétes, siguiendo un violento pesar. (West Kelly M., M.D., New York, 1978).

28. Joseph B. Fabry "La búsqueda de significado, La logoterapia aplicada a la vida". FCE, México, 1977, p. 11

29. ISSSTESERVICIO. Folleto del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.

ESTADO DEPRESIVO DEL DIABETICO

Una de las técnicas dirigidas a incrementar el autocontrol es la autovigilancia, en donde el paciente aprende con ayuda de otras personas a desarrollar estrategias para afrontar los condicionamientos antecedentes.

Se han desarrollado estrategias para superar la depresión estimulando al paciente a reorganizar su vida de modo que los condicionamientos o estados precedentes se eviten o puedan superarse.

Los sentimientos de ansiedad y depresión se relacionan estrechamente con las recaídas en hábitos y adicciones autodestructivas. En la raíz de esos sentimientos subyace el miedo a las consecuencias, el temor al fracaso, o la incapacidad de la persona para afirmar sus propios intereses frente a la presión social de los negocios, los amigos, y la familia.

El estado de sentimiento depresivo y de ansiedad penetran en las compulsiones, que están presentes, en una u otra forma, en todas las ocasiones.

¿ Qué es la depresión ? Actualmente existe un amplio acuerdo en caracterizar la depresión y reconocerla mediante el siguiente grupo de signos y síntomas que abarcan la conducta, la fisiología y la experiencia subjetiva:

1. Tristeza y apatía (disforia).
2. Concepto negativo de sí mismo (autorreproches, sentimiento de culpabilidad).

3. Deseo de apartarse de los demás.
4. Pérdida del sueño, de apetito y del deseo sexual, junto a la tendencia de dormir en ocasiones durante un período anormalmente largo.
5. Cambios en el nivel de actividad, que van de la agitación al letargo.
6. Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
7. Dificultad de concentrarse.

Un estado depresivo implica una gran dificultad para iniciar cualquier actividad; también según parece, en general el autocontrol, con la consecuencia de que resulta difícil resistir las urgencias compulsivas. (HODGSON RAY 1984)

El método psicológico se basa en el supuesto de que una persona propensa a la depresión sufre errores conceptuales en tres áreas diferentes. El "Yo", las experiencias individuales y las perspectivas personales para el futuro se perciben de forma muy negativa, y esta llamada "triada cognitiva" tiene como consecuencia el autorreproche y la autodepresión.

Una persona deprimida acepta los reproches cuando las cosas van mal y cree que las demás personas, o simplemente la suerte, son las responsables cuando las cosas salen bien.

Cualquier fracaso se interpreta como un signo de incapacidad, lo que, sumado a la tendencia al perfeccionismo, multiplica las experiencias de fracaso y sentimiento de culpabilidad." La depresión se relaciona con estos errores conceptuales negativos, y no con los acontecimientos en sí.

"los hombres no se atribulan por las cosas sino por la forma como las ven" (Epiceto)." (Hodgson Ray, 1984)

Hay un círculo vicioso en donde las compulsiones conducen a la depresión, y la depresión genera compulsiones. Como señala Lewis, "los pacientes obsesivos son depresivos en la mayor parte de los casos: su enfermedad es de naturaleza depresiva." (Hodgson ray, 1984).

La depresión como factor predisponente a las recaídas:

La recaída al comportamiento compulsivo como el alcoholismo, drogadicción, comedor compulsivo, se dió por tres factores: 1) Estados emocionales compulsivos, 2) presión social y 3) Conflictos interpersonales. El mayor número de recaídas se debió a estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad. Muchos diabéticos no se acostumbran a llevar la dieta por lo que recaen en comer alimentos que van en contra de su salud.

"Estos sentimientos estaban a su vez determinados por hechos internos (por ejemplo una depresión debida a una inadaptación) o bien externos (la ira provocada por las observaciones sarcásticas del cónyuge)". (30)

Esta fué una investigación de la recaída y sus causas por Allan Marlatt y colegas de la Universidad de Washington. Interesados particularmente en la idea de que los responsables podían ser procesos psicológicos comunes a todas ellas, sin importar la clase de adicción o compulsión que se tratara. Analizaron las recaídas de más

30. Hodgson Ray " La mente drogada" , Ed. Debate, España, 1984.

de trescientas personas sometidas a tratamiento por distintas adicciones y compulsiones.

Esto puede estar relacionado a la diabétes, por ejemplo cuando el diabético debe dejar de comer alimentos azucarados y con harinas, alcohol, entre otros, los cuales alteran sus niveles de glucosa, y al no poderlos comer pueden caer en una ansiedad que los lleve a la depresión.

Por otro lado, en la obra de Papalia, Diane, E. 1990 , se define a la depresión como un trastorno psicológico caracterizado por la tristeza y las dificultades para comer, dormir y concentrarse.

" Las personas deprimidas experimentan con frecuencia algún tipo de cambio: dormir y comer mucho más o mucho menos de lo corriente, tener problemas de concentración, sufrir pérdidas de energía o de interés por actividades que previamente les gustaban, perder todo el deseo sexual o buscarlo constantemente." (31)

ESTADO DE ANSIEDAD EN EL DIABETICO

Sigmund Freud, en 1926 estudió el problema de la ansiedad desde el punto de vista del yo. Consideró que tanto la ansiedad real como la neurótica, se producen en respuesta aun peligro para el organismo. En la ansiedad real, la amenaza procede de un peligro conocido; la ansiedad neurótica por un peligro desconocido.

31. Papalia Diane E. " Psicología ", McGraw-Hill, Méx., 1990, p. 160

Freud distinguió dos tipos de situaciones provocadoras de ansiedad.

1. Es el resultado de una estimulación excesiva de energía instintiva que el organismo no tiene la capacidad de soportar o manejar produciéndose un estado de pánico o trauma. Estos estados traumáticos ocurren con mayor frecuencia en la infancia cuando el yo es inmaduro; sin embargo también puede ocurrir en la vida adulta, sobre todo en trastornos psicológicos o en estados de pánico en los que la organización del yo se encuentra abrumada.

2. Ocurre cuando el sistema de defensa ha madurado, la ansiedad aparece en la previsión de peligro. La ansiedad aparece porque ha aprendido a reconocer a un nivel preconscious o inconsciente una situación que una vez fuera traumática, empleando mecanismos de defensa.

Swift y cols y Krosnick comprobaron que la tendencia a la ansiedad es 3 a 4 veces más prevalente y manifiesta en los adolescentes con diabétes que en adultos o niños. (D.M Holmes, 1989).

ESTADO DE ANGUSTIA EN EL DIABETICO

Freud consideró a la angustia el centro dinámico de las neurosis; postuló que las obsesiones, los delirios y otros síntomas mentales, son maniobras defensivas de la mente que se ponen en juego para evitarla.

La angustia es la vivencia de un peligro que se experimenta en ausencia de objetos o circunstancias externas realmente amenazantes. Es una reacción del organismo total que incluye un estado subjetivo y cambios viscerales, somáticos y de conducta que son su pauta expresa.

El enfermo que acaba de ser diagnosticado con una enfermedad crónica como lo es la diabetes, y si además no conoce los problemas o daños colaterales que le puede causar, entonces es posible que se hable de angustia, ya que si existe una reacción después del comunicado de la enfermedad, que más adelante detallaremos.

La persona que experimenta angustia en peligro, está incierto acerca de la naturaleza de ese peligro, está incierto acerca de la naturaleza de ese peligro y se siente impotente. Ese carácter difuso de la angustia, es un elemento que le sitúa más cerca de la aprensión que del miedo y sirve para diferenciarla. En tanto que en el miedo la amenaza es objetiva y localizable, en la angustia se desconoce las fuentes del peligro.

La angustia, hasta cierto punto, tiene en el organismo efectos favorables: agudiza los sentidos, facilita las funciones cognitivas y promueve el aprendizaje. Una persona que confronta en forma inefectiva un obstáculo, experimenta angustia y se siente impulsada a buscar soluciones más eficaces. Así, la angustia impulsa al científico, que se sitúa ante lo inexplicable, a construir hipótesis nuevas y al artista a adentrarse en lo desconocido en el acto de creación. La angustia es por tanto una experiencia de la persona común, de la que es creadora y también de la persona.

La angustia es el fenómeno irracional por excelencia dado que se anticipa un

peligro sin saber cual es.

La angustia como enfermedad. La angustia puede ser una enfermedad cuando rebasa los límites de tolerancia individual, o por las condiciones que la suscitan. La angustia patológica tiene su origen ya sea en condiciones psicológicas o en condiciones somáticas internas, altamente individualizadas.

La angustia neurótica puede ser evocada por estímulos o situaciones externas que por sí mismas no son amenazantes, pero que son especialmente significativas para la persona, porque tienen relación asociativa o simbólica con sus conflictos internos. La relación entre la intensidad, la persistencia de la angustia y su causa no son aparentes ni para el enfermo ni para el observador y deben ser inferidas.

Hay muchas formas patológicas de verse envuelto en la angustia, pero sólo hay una forma sana de reaccionar ante ella: cobrar advertencia de su naturaleza, desentrañar el peligro, evaluarle y actuar ante él en forma apropiada y afirmativa de los propios poderes.

Angustia y sociedad. Las circunstancias, la gente y las ideas que rodean a las personas, influyen en la cantidad y en los contenidos de su angustia; intensifican o atenúan la angustia existencial y favorecen o inhiben el desarrollo de la angustia neurótica.

Las sociedades y las culturas ofrecen al hombre formas concretas de evitar angustia, pero crean también condiciones que la suscitan o la favorecen. Cuando una sociedad está en crisis, los mecanismos diseñados para proveer seguridad, las

normas, los valores, y las instituciones, dejan de ser operantes y la angustia se hace explícita. (Ramón de la fuente, 1971) .

NECESIDADES PSICOSOCIOAFECTIVAS DEL DIABETICO

La necesidad social, como necesidad real es lo que llama Agnes Heller "necesidades necesarias". La necesidad social que se refiere a la demanda es por tanto mera apariencia que no expresa las necesidades asociales reales además de que se transfiguran en su contrario.

Las necesidades en general: son las necesidades de actividad artística, de afecto o de comunidad. La necesidad de proteger la salud o de aprender, por ejemplo, sólo es posible satisfacer en una sociedad moderna a través de instituciones adecuadas para la atención médica pública o para la instrucción pública respectivamente.

Por otro lado, Abraham Maslow habla de fuerzas motivacionales como las necesidades fisiológicas como el aislamiento, el sueño, el sexo, etc., la necesidad de amor y aceptación, de estima, la necesidad de conocimiento y la necesidad de satisfacción estética.

Más tarde desarrolla más ampliamente su teoría de las necesidades registrando un nivel más elevado de motivaciones, incluyendo la necesidad de integridad, perfección justicia, actividad, honestidad, y confianza. Maslow y sus seguidores han observado que la frustración de estas necesidades conduce a síntomas,

emociones patológicas y la neurosis. Las personas que satisfacen estas necesidades tienden a tener personalidades sanas. Según Maslow las necesidades se distribuyen en continuidad desde las necesidades fisiológicas, vinculadas a procesos somáticos, hasta necesidades estéticas de orden mas elevado.

El enfermo diabético como cualquier persona tiene todas estas necesidades que lo satisfacen como persona en lo biológico y en lo anímico.

AFRONTAMIENTO DE LA DIABETES

El afrontamiento constituye una respuesta al stress, que tiene dos grandes funciones. La primera implica solucionar el problema: o bien conseguimos cambiar el ambiente de alguna manera o bien hemos de cambiar nuestras propias actividades o actitudes.

En segundo lugar el afrontamiento nos permite actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el stress, para poder mantener nuestro ánimo y continuar funcionando bien. Esto lo llevamos a cabo de varias maneras que producen un mayor o menor éxito: a través de mecanismos de defensa, la negación, la racionalización, la proyección y otros (que fueron descritos por primera vez por Sigmund Freud), (Lazarus, 1980).

La mayor parte de las personas a las que se les ha diagnosticado diabétes, saben muy poco sobre la enfermedad como para enfrentarse a ella de una forma adecuada. Vivir con diabétes se convierte en un asunto realmente de ejercer control; pueden hacer cualquier actividad pero tienen que contener un control

sobre sus hábitos cotidianos como comer y practicar ejercicio.

STRESS Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR

Los investigadores del stress familiar ven a la familia como un sistema, en el cual lo que ocurre a una parte, afecta a las demás.

"Una familia en un estado de extrema desorganización tal que el sistema es puesto en duda está, según Boss (1985), no sólo bajo stress, sino en estado de crisis. Mientras que la tensión o stress supone una perturbación del estado de equilibrio, o un trastorno de la estabilidad que puede mantenerse por largos períodos de tiempo, una crisis es un estado de desequilibrio tan fuerte, que la familia no puede seguir manteniendo su actividad y los individuos que la forman no pueden mantener su funcionamiento. Muchas familias, como muchos individuos vienen con altos niveles de stress y prosperan sin alcanzar nunca el punto de crisis." (32)

La enfermedad puede afectar a toda la familia por lo que todos sus miembros intentan afrontar el stress.

Se ha encontrado que las familias suelen hacerle frente al stress con los mismos métodos básicos que emplean los individuos tomando decisiones y cambiando sus actitudes, intentan solventar los problemas y consiguen sentirse mejor.

Programa de entrenamiento de inoculación de stress.

32. Ibid. pp. 383-384

Se utilizan técnicas de modificación de conducta para prevenir el stress. Se les enseña a los individuos a controlar sus reacciones ante las situaciones generadoras de stress. Se ensayan formas de afrontar la situación específica de stress hasta llegar a frontar situaciones de stress más intensas. (Papalia, D. 1990)

El stress que acompaña a la diabetes y dificulta el logro del potencial completo en los niños y en los jóvenes también impide que estos sujetos envejecan con cierta ecuanimidad.

La dirección de la fluctuación de la glucosa varía entre estudios. Sin embargo algunos estudios demostraron aumento en los niveles de glucosa en la sangre mientras que en otros documentos disminuyeron las concentraciones de glucosa en respuesta a un estímulo de completo stress. (Karlsson A. Jennifer, et. all., Great Britain, 1988)

"El stress puede afectar el nivel de glucosa en la sangre trastornando el mecanismo regulador neuroendócrino estimulando el hipotálamo pituitaria (...) el stress activa el desprendimiento de cortisol y epinefrina del adrenal cortex y la médula. Ambas actúan para aumentar la glucosa en la sangre y empeorar la tolerancia de glucosa." (33)

Más de 30 años de conocimiento de afinidad entre varios controles psicosociales metabólicos y variables en el tipo I o la dependencia de la insulina la diabetes ha aumentado la relación entre el stress y el control de la glucosa ha

33. Karlsson, Jennifer A. "Psychosocial aspects of disease duration and control in Young adults with Type I Diabetes". Pergamon presspic, Great Britain, 1988, p.435, vol. 41, No.5

tenido considerable atención, con particular énfasis en ambos los mecanismos fundamentalmente acción stress y la medición del stress en el individuo diabético. (Karlson Jennifer A., Great Britain, 1988)

Varios estudios han demostrado que bajo ciertas condiciones de stress puede bajar más la glucosa en la sangre.

La aparición de la diabétes a cualquier edad es un hecho perturbador que acrecienta la incertidumbre acerca del futuro. (D. M. Holmes, 1989).

1. RELACIONES INTERPERSONALES

Interacción social, propiamente dicha es un rasgo general en la vida. Gran parte del contenido de nuestra experiencia está conformado por relaciones sociales que implican interacción. Nuestras características, intereses y aspiraciones individuales, en su totalidad, están influidos de un modo u otro por ellas.

" La interacción social, se refiere, en esencia, a una relación recíproca entre dos o más individuos cuya conducta es mutuamente dependiente "(34) . Así

34. Hollander Edwin P. "principios y métodos de psicología social" ,Centro Regional de Ayuda Técnica Argentina, 1968, p. 102.

mismo, puede ser concebida como un proceso de comunicación que lleva a ejercer influencia sobre las acciones y las perspectivas de los individuos.

"En general, la interacción social comprende lo que Schutz denomina una situación interpersonal - es decir, una situación en la cual dos o más personas interactúan con cierto propósito - sin embargo dichas situaciones interpersonales no entrañan necesariamente relaciones cara a cara efectivas. Las acciones de un individuo pueden estar determinadas por la expectativa de otras personas que no se hallan físicamente presentes en ese momento. Así, los miembros de una familia, separados por una distanciancia de muchos kilómetros, mantienen aún una vigorosa relación interpersonal." (35)

2. RELACIONES FAMILIARES

En los grupos funcionales, el proceso de interacción está determinado en parte por el régimen de estructura, que puede ser impuesta o determinada por el grupo mismo.

Se debe tomar en cuenta la tipología estructural de la familia, para conocer o comprender el tipo de relaciones el tipo de relaciones familiares. Salvador Minuchin, Braulio Montalvo y otros investigaron sobre las familias para dar una tipología organizativa, donde encontraron que familias de muchachos delincuentes, por ejemplo se deban en dos categorías: La familia apartada, manifestándose en ella una relativa ausencia de conexiones poderosas, y los nexos de relación entre

35. Ibid. p. 183

los miembros de la familia eran débiles o inexistentes. Y La familia enrredada, que se parecía a un sistema activado por error, con una gran resonancia entre las partes. (Lynn Hoffman, 1987)

Stein y Charles 1971 estudiaron la familia a fondo había una incidencia significativamente más alta de pérdida y desestabilidad familiar en las familias de niños diabéticos. Esto nos muestra que la enfermedad afecta no sólo al paciente sino también al núcleo familiar que muchas veces se extiende hacia los demás parientes. (West, Kelly M., M.D., New York, 1978)

3. RELACIONES MEDICO-PACIENTE

Dentro de la relación médico-paciente el proceso clínico se inicia al establecerse el contacto entre el médico y su enfermo. Comienza como un diálogo entre dos personas de las cuales, por lo menos una (el médico), busca ganarse la confianza de la otra.

A veces no es fácil entablar esta relación e identificar lo que quiere decir el enfermo o establecer una cronología adecuada. Frecuentemente, el enfermo acude al médico en actitud defensiva y con el secreto deseo de que éste se equivoque.. Consciente o inconscientemente oculta síntomas, signos o hechos relevantes.

Una de las primeras labores del clínico es desenmarañar la madeja formada por las características personales, psicológicas y culturales del enfermo para poder proseguir con el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

Los enfermos no van al médico para que éste les haga un buen diagnóstico que permita etiquetar su padecimiento; lo que buscan es su tratamiento. (Guevara G. L. 1993)

Jaspers ha visto bien cuáles son las dificultades de esta determinación médica de lo normal y de la salud: "El médico, dice es quien menos investiga el sentido de las palabras salud y enfermedad". Desde el punto de vista científico, se ocupa de los fenómenos vitales. La apreciación de los pacientes y de las ideas dominantes del medio ambiente social, más que el juicio de los médicos, es lo que determina aquello que se llama "enfermedad". (36) Es decir, una persona puede considerarse así misma como enfermo a partir de la consideración social de lo que se refiere a un enfermo o por qué lo es; y como la diabetes es una enfermedad crónica incurable, mucho tiene que ver la opinión del grupo social que rodea al diabético, para considerar una persona normal o saludable.

Esto es importante porque está en juego la propia valoración del enfermo a partir del concepto de enfermedad en el ambiente social del diabético.

B. SINDROME DE ADAPTACION GENERAL

Existe el concepto Síndrome de Adaptación general denotado por las siglas SAG caracterizado como una reacción al stress en tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento. (Papalia, 1990).

36. Canguilhem G. "Lo normal y lo patológico", México, S.XXI, 1982, 2a. Parte pp. 83-136

1 Reacción de alarma: esta reacción se divide en dos fases: Shock y contrashock.

a. Fase de shock: su respuesta inicial e inmediata a una situación de peligro, es una combinación de síntomas fisiológicos: desciende la temperatura del cuerpo y la tensión arterial, se acelera el latido del corazón, los músculos se distienden. Entonces empieza la fase siguiente.

b. Fase de contrashock. el cuerpo reacciona para movilizar sus defensas.

2 Etapa de resistencia: se adapta al estímulo nocivo, en donde no sentimos la mayoría de los estímulos.

3 Etapa de agotamiento. Cuando un suceso stresante es muy severo, y prolongado, los síntomas reaparecen y el cuerpo se entregará a las demandas imperiosas que se le hacen. Aunque no siempre se llega del todo a este nivel. Se da un desgaste del organismo por un período de tiempo.

"El concepto de SAG de Selye, no es aceptado universalmente. Algunos investigadores combaten su creencia en la respuesta general no específica, sugiriendo en su lugar que determinados estímulos productores de stress producen su perfil específico de cambio hormonal (Lazarus, 1980). El trabajo de Mason (1968) y sus colegas indica, por ejemplo que no hay respuestas hormonales generales a todo estímulo." (37)

37. Ibid. p. 365

C. FASES IDENTIFICABLES

1. Reaccion dei paciente ante el diagnóstico de diabétes.

Gfeller y Assal han estudiado este tema y han tipificado, secuencialmente, esta reacción que suele pasar por las siguientes fases, con los matices que en nuestra experiencia se producen.

- 1) NEGACION más o menos inconsciente de la enfermedad. Perplejidad.
- 2) ACTITUD DE REBELDIA FRENTE AL DIAGNOSTICO y a los cambios de estilo de vida que el tratamiento comporta. Agresividad (más o menos obtenida). vivencia e injusticia.
- 3) PACTO . Se produce, en esta fase , una negociación entre el paciente y el equipo asistencial. Son frases significativas las "de acuerdo seguiré el régimen si no me da insulina" , o "de acuerdo , me pondré insulina si sólo me tengo que pinchar una vez al día...".
- 4) Pasadas estas cuatro fases de perplejidad, rechazo, agresividad y regateo, es frecuente que el paciente entre en un PERIODO DE CIERTA DEPRESION, con pérdida de esperanza. Esta reacción dependerá mucho del talante fundamental de cada persona y de los mecanismos de compensación que tenga. Lo peor de esta fase es que resulta poco reactiva al proceso educativo y puede llevar inhibiciones importantes en la conducta terapéutica. Presupone una adaptación todavía pasiva.

5) Es deseable llegar a la fase de ADAPTACION ACTIVA.

El paciente sabe que no curará de su dolencia, pero también ha conseguido convencerse de que puede tener y mantener una buena calidad de vida si acepta las reglas del juego. En esta fase, la educación es muy rentable y se puede llegar a alcanzar un buen grado de autocontrol. Debe ser, por supuesto, una educación participativa. (D. Figurola, 1990)

"¿Viviré?"

Generalmente esta es la primera pregunta que escucha el médico cuando informa a su paciente que padece diabétes mellitus.

Después vienen algunas otras preguntas importantes

"¿Podré seguir trabajando?"

"¿Tendré que cambiar mi manera de vivir?"

Hoy día, las respuestas son diferentes de lo que hubieran sido en , digamos, 1920." (38)

2. Reacciones psicológicas del equipo asistencial

La relación médico-paciente en una enfermedad como la diabetes tiene aspectos muy interesantes y que determinan en gran parte la eficacia del equipo asistencial (médico-enfermera, dietista, etc.) Con relación a las fases reactivas que acabamos de comentar podemos señalar tendencias frecuentes, como las siguientes:

38. Dolger Henry y Seeman Bernard Op. Cit., p.11.

1. Ante la negativa por parte del diabético a aceptar conscientemente la dolencia existe la tentación psicológica de " dejarlo por imposible " y descargar sobre él nuestra propia incomodidad emocional. En realidad, el paciente, se comporta como si no entendiera nada.

2. En la fase colérica, el riesgo de los distintos profesionales es de contestar también con enfado, con agresividad más o menos disimulada por el oficio.

3. Muy importante es en la fase de " negociación " no imponerse con una actitud despótica, ni ceder excesivamente. Dicho de otro modo, debe quedar claro lo que es y lo que no es negociable (p. ej., prescindir de la insulina cuando está indicada no es negociable).

4. La fase depresiva es especialmente incómoda para el equipo educador, ya que, si este se propone un proceso participativo, una pedagogía activa, la inhibición del enfermo supone una gran dificultad. Esta es otra de las ocasiones en que, en contra de nuestra idea general, la intervención de un psicoterapeuta puede ser necesaria. Ni que decir tiene el equipo de atención habitual de no asumir situaciones psicopatológicas ante las que se sienta incompetente.

5. Es en la fase de participación activa donde debemos desplegar las capacidad creativa y proponer objetivos realistas capaces de motivar al diabético. Constituye un error conformarse con una aceptable adaptación al presente, sin proyectar.

(D. Figuerola, 1990)

D. ASIMILACION INICIAL DE LA DIABETES

"El stress de la primera fase es el impacto de los síntomas de presentación, el diagnóstico y sus implicancias para el paciente y la familia. Varios autores examinaron el desafío psicológico que significa un cuadro crónico como la diabétes. Algunas perturbaciones emocionales parecen universales. Las relaciones transitorias fluctúan entre trastornos leves y acentuados, con ansiedad, depresión, ira, aislamiento, menor capacidad de intimidad y goce y compromiso del aprendizaje y del trabajo. La sensación de desesperanza, cólera y ansiedad que experimentan quienes se enfrentan con la diabétes es mucho menos intensa que la sufrida por niños raptados, mujeres violadas o los soldados que ven morir a sus compañeros en combate.(David M. Holmes 1989)

E. ADAPTACION

La adptación a un nuevo estilo de vida con una enfermedad crónica, se da de diferentes formas según la edad del enfermo.

Como ya hemos mencionado se dan etapas de adaptación que no siempre se dan como menciona D. Figuerola, 1990, sino que en algunas personas se da un proceso muy rápido y en otras ocasiones lo contrario; también puede ocurrir que en algunas personas no se den ciertas etapas como por ejemplo la negación; o bien que en algunas personas no se de una adaptación terminada sino con altibajos, es decir que tenga períodos de adaptación y períodos de alteración con alguna etapa

como la de reveldía frente al diagnóstico o al nuevo estilo de vida.

Nos gustaría conocer mejor los procesos por los cuales la diabetes podría promover la creación de fuerzas compensadoras y habilidades de adaptación, así como los patrones alterados de inhibición, negación, dependencia o sensación de derecho.

La literatura referente a las enfermedades crónicas sugiere que aquellos que se adaptan con mayor facilidad tienen sumo interés por la vida y el afecto y el respeto de los demás; participación en un grupo colaborador; flexibilidad ante las circunstancias cambiantes; libertad sin sensibilidad excesiva; congenialidad; deseo de asumir responsabilidades e ingresos y hogar adecuados. (D. M. Homes, 1989).

En el diabético añoso el hecho de aprender a tratar la diabetes para sentirse lo mejor posible y conservar gran parte de su estilo de vida previo, puede ser suficiente para lograr persistir en el trabajo, las relaciones y las diversiones más interesantes que la diabetes. Las preocupaciones de las parejas, los cónyuges y otros familiares se atenúan con la información específica que intenta preservar los patrones existentes.

F. PROPUESTAS DE ADAPTACION

Es importante la ayuda de médicos y psicólogos para que el paciente diabético se vaya adaptando a un nuevo estilo de vida.

Los pacientes entrevistados están de acuerdo en que la diabetes sea tratada tanto emocional como médicamente. Sin embargo la gran mayoría jamás ha sido atendido por un psicólogo:

"No, bueno una vez tuve una plática con un psicólogo. Me dijo que tenía yo que aprender a vivir con mi enfermedad y eso fué todo."
(Paciente del Hospital Centro Médico)

Entonces es importante ver que tipo de relación debe tener el doctor según el paciente de que se trate . Por ejemplo si es depresivo, o si se trata de un ambiente ansiógeno, debe tomarse en cuenta el tipo de relación específica u óptima para su tratamiento completo.

1. AUTOOBSERVACION Y TECNICAS PSICOLOGICAS

AUTOOBSERVACION

"Si existe un principio general en el sistema de autoobservación, este consiste en la posibilidad de estimular a las personas a des-aprender comportamientos indeseados y aprender en cambio otros nuevos que les permitirán conducirse en su vida diaria de forma más adecuada." (Ray Hodgson, Madrid, 1984)

La logoterapia tiene mucho que ver con la autoobservación dado que el paciente debe ocuparse de sí mismo, salvo en aquellas ocasiones en que tiene limitantes físicas como la ceguera o la invalidez.

La logoterapia es la terapia específica de la frustración existencial o de la frustración del deseo de significación; dicho en otros términos es la terapia que afronta a la neurosis noogénicas. El principio inicial y fundamental que demanda la

logoterapia es el imperativo de que el paciente asuma la responsabilidad que tiene de sí mismo.

Como la diabétes es una enfermedad que realmente no produce cambios en la imagen corporal tan drásticos como lo es en una persona cancerosa, puede pasar desapercibida. Y puede responsabilizarse de su persona hasta donde su capacidad le permita.

"La logoterapia fué definida por Frankl como una educación destinada a fomentar la responsabilidad del individuo precisamente en una época en la cual la tecnología amenaza con reducir al hombre a la categoría de un objeto carente de responsabilidad, cuyos actos pueden ser calificados como meras reacciones." (39)

Cuando se fomente esa responsabilidad en el propio paciente éste podrá manejar en lo que le sea posible su equilibrio biológico y su equilibrio anímico.

TECNICAS PSICOLOGICAS

Dentro de lo que Rogers habla de relaciones "fabricadas" (Rogers, C. México, 1985) se dá una importante consideración a la confianza ya que es condición fundamental del éxito de la relación. Habla de recompensar diversos tipos de conducta para reforzar precisamente lo que puede ayudar al paciente a mejorar algún aspecto de su vida.

La confianza, la comprensión y la sensación de independencia hacen excelente

39. Fabry Joseph "La búsqueda de significado" FCE, México, 1977, p. 64

el cambio de personalidad. Los hábitos tienen que ver con la personalidad del diabético ya que es casi seguro que la personalidad anterior a la enfermedad influía en los malos hábitos. Los familiares pueden expresar cómo eran esos hábitos.

La dinámica de ese cambio es a partir de las relaciones dentro de un período determinado; y dichas relaciones están condicionadas por las actitudes del terapeuta. A medida que el paciente descubre que alguien puede escucharlo y atenderlo cuando expresa sus sentimientos, poco a poco se torna capaz de escucharse a sí mismo.

Es posible obtener datos objetivos - según los cánones de la investigación científica rigurosa - sobre las modificaciones que la psicoterapia impone a la personalidad y a la conducta, y que eso se ha logrado para una orientación psicoterapéutica en particular.

Por lo general, tener diabétes implica un cambio en la conducta, en específico, en los hábitos alimenticios, pero también es importante el estado de equilibrio emocional que puede darse según la personalidad de cada paciente.

En un proceso de adaptación a la enfermedad, el diabético va adquiriendo nuevas pautas de comportamiento, que están relacionadas con sus expectativas de vida, o con su estado general metabólico y / o psicológico.

El test y la entrevista tienen la cualidad de no sólo hablar del pasado sino también del presente ya que si se trata sólo del pasado eso le molesta al paciente (se manifestó esta conducta en los entrevistados).

Rogers piensa que si una persona vive una relación donde se le acepta plenamente, y si en esta aceptación no hay juicio, sino sólo comprensión y simpatía, el individuo podrá entablar una lucha consigo mismo, desarrollar el coraje suficiente como para abandonar sus defensas y enfrentarse con su verdadero sí mismo. (Rogers, C. México, 1985)

Una de las aplicaciones que tiene el enfoque de la investigación es la teoría de Rogers de la psicoterapia centrada en el cliente donde postula que los cambios operados en el interior del individuo durante el tratamiento le permitirán, una vez finalizado éste, conducirse de maneras menos defensivas y más socializadas y aceptar la realidad en sí misma y en el medio social que lo rodea, todo lo cual demuestra que su sistema de valores se ha socializado. Esto significa que adoptará conductas más maduras y que tenderán a desaparecer las actitudes infantiles. (Rogers, C. México, 1985)

Otra visión terapéutica es como lo propone Ladouceur, Bouchard y Granger en su obra "Principios y aplicaciones de las terapias de conducta" (Madrid, 1983); hablan de la autoobservación y de métodos terapéuticos como la desensibilización sistemática, la terapia implosiva, los métodos aversivos y el condicionamiento operante.

Dentro de la terapia para el diabético sería importante conocer el sentido de la vida, pero el diabético - en mayor medida que cualquier otro enfermo debe considerarse así mismo como colaborador del médico, más aún: debe ser su propio terapeuta y mantenerse informado acerca de la diabetes, y sus problemas, para poder tratarse con éxito. (Petzoldt Rüdiger y Schöffling Karl, Bogotá, 1981)

III . TERCERA PARTE : ESTRATEGIA GENERAL DE INVESTIGACION Y LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

A. ESTRATEGIA GENERAL DE INVESTIGACION

La presente investigación se desarrolló a partir de un trabajo teórico, pero además se complementó con un trabajo de campo guiada por una entrevista estructurada, dos escalas por ordenación y una escala de juicios psicofísicos de Stevens Stanley, S. (ver anexos 1, 2, y 3). Está dirigido a recabar información sobre: factores psicológicos alrededor de la diabetes, actitudes hacia los alimentos; hacia la responsabilidad que el diabético otorga según su criterio a su ocupación y a la de otras. De la escala de juicios se buscó la inclinación preferencial hacia comportamientos que pueden estar a favor o en contra de la salud del paciente diabético.

Los pacientes entrevistados tenían entre 31 y 82 años de edad, donde, 15 acuden a un club de diabetes y a consulta en el hospital Centro Médico Nacional S. XXI (IMSS) Y diez acuden a consulta a servicio de endocrinología y de psicología del hospital General de México (SSA) , y 5 enfermos entrevistados en sus hogares (otros).

La entrevista estructurada tuvo la finalidad de identificar las relaciones interpersonales a partir del período contemplado, (impacto del diagnóstico en el

paciente-aceptación de la enfermedad) así como las etapas de adaptación con sus estados emocionales, la percepción del sí mismo, característicos y propios en cada paciente.

B. VARIABLES

En la escala de juicios psicofísicos se manejó la variable de relaciones interpersonales; en las escalas por ordenación se manejó la variable de alimentos y la variable ocupación; en la entrevista también las relaciones interpersonales.

Lo cual influye en el estado social, psicológico y biológico del paciente diabético en función de su control metabólico y anímico.

C. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Para dar paso al trabajo de campo de la investigación, los instrumentos ya mencionados nos permitieron captar los datos suficientes para la comprobación de la hipótesis y el logro de los objetivos contemplados.

Se elaboró una guía de entrevista la cual incluye los indicadores a explorar (ver anexo 1). La información se recopiló en una grabadora donde logramos captar todo lo que el paciente expresaba.

También se elaboró una escala de juicios psicofísicos de Stevens Stanley S. y

dos escalas de ordenación (ver anexo 2 y 3).

D. DISEÑO DE LA MUESTRA.

Entrevistamos a 30 pacientes, 19 mujeres y 11 hombres; 10 del hospital general del área de endocrinología, 15 pacientes de la clínica de diabétes del hospital Centro Médico Nacional S. XXI, y 5 fuera de instituciones (otros). Y tres familiares entrevistados en sus domicilios.

Proporcionaron información retrospectivamente (recuerdo de la experiencia) desde que fueron diagnosticados como diabéticos hasta la fecha (ver anexo 1 y 5).

E. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

A continuación presentamos el análisis de los resultados de las entrevistas y escalas efectuadas a los pacientes diabéticos y sus familiares realizadas en los meses de febrero y marzo de 1993 en la Ciudad de México, contemplando en forma retrospectiva sus experiencias familiares, sociales y personales a partir de el conocimiento de su situación de enfermo y el proceso de adaptación a la misma. Además de la percepción de su sí mismo de como se percibe.

Así mismo presentamos las técnicas psicológicas y propuestas comportamentales de la psicología para tratar a los pacientes diabéticos.

F. DESCRIPCION Y SITUACION DE LA MUESTRA

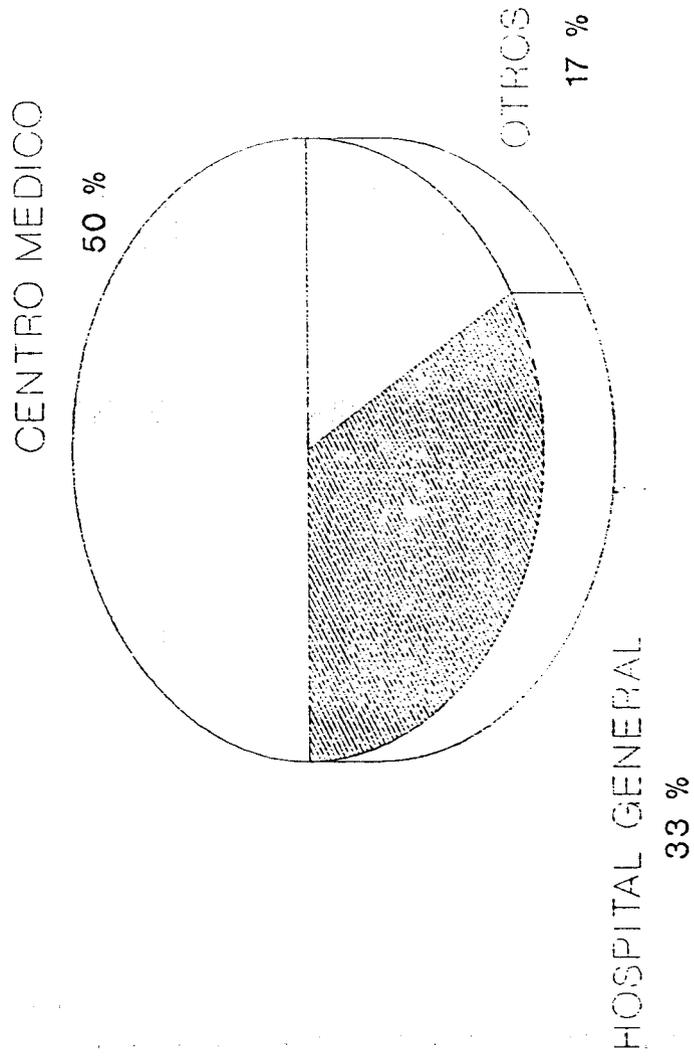
Del total de los pacientes entrevistados (30) un 50 % es atendido en el hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI; un 33.33 % es atendido en el Hospital General de México, servicio de endocrinología y un 16.66 % es atendido en servicios particulares. (Ver gráfica de distribución por hospital).

La edad de los pacientes está comprendida desde 31 hasta 82 años. (Ver gráfica de distribución por edad).

Como se pueda observar la mayoría de los pacientes, el 40 % (C) está entre los 53 y 63 años, una edad madura. De 64 a 74 y 75 a 85 es decir 16.66 % (D) y 10 % (E) respectivamente se trata de pacientes de edad avanzada. Y menos de la 3a. parte representa la población edad adulta (A y B) con 16.66 % respectivamente que comprenden desde 31 a 52 años de edad.

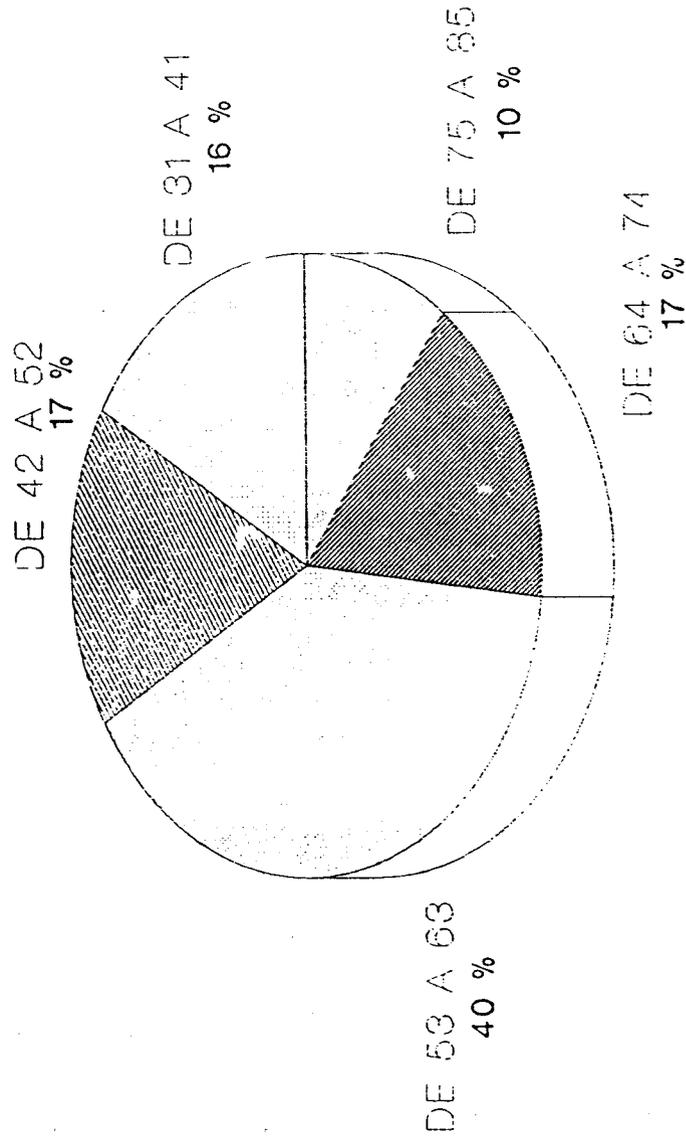
DISTRIBUCION POR HOSPITAL

CENTRO MEDICO, HOSPITAL GENERAL Y OTROS



DISTRIBUCION POR EDAD

CENTRO MEDICO, HOSPITAL GENERAL Y OTROS



Por las edades que presenta la muestra hay una correlación con el estado civil de los pacientes: la mayoría, un 73.33 % es casado; sólo un 3.33 % tiene estado civil soltero y el resto tienen otro tipo de relación: unión libre 10 % ; divorciado 10 % , y madre soltera 3.33 % . (ver gráfica de estado civil).

Del total de la muestra 63.33 % la mayoría, fué del sexo femenino y el resto, un 35.67 % del sexo masculino, es decir, se entrevistaron 19 mujeres y 11 hombres. (ver gráfica de distribución por sexo).

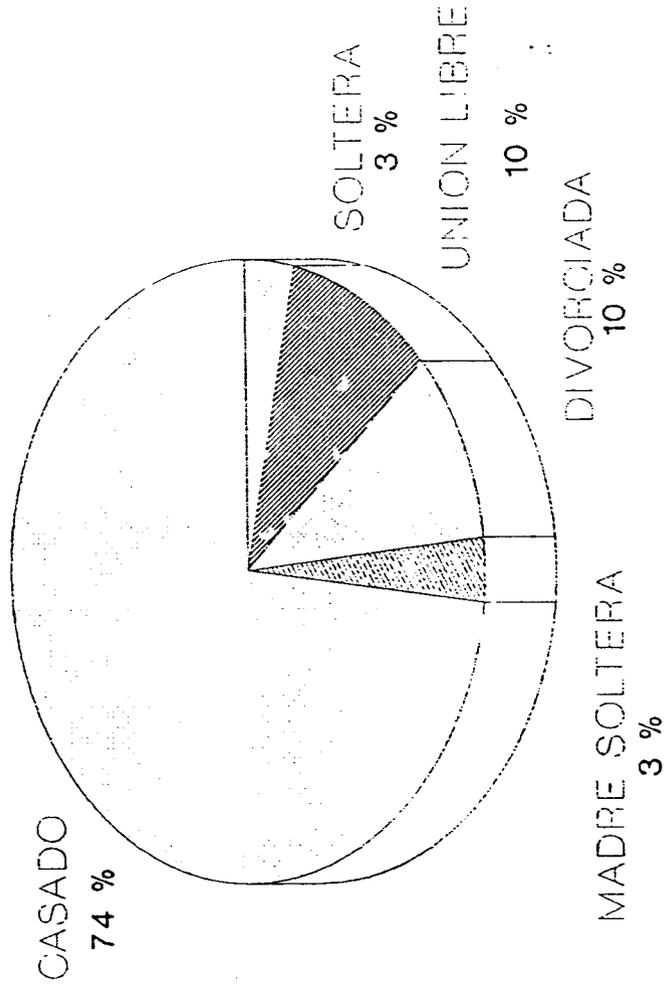
Pudiera ser que hubo más mujeres porque en ellas recaen más presiones o tensiones por el estilo de vida que llevan. Como ama de casa llevan todos los problemas del hogar y también porque tienen más posibilidad de acudir al médico.

Los criterios de inclusión en la muestra son: 1) Pacientes con diagnóstico de diabétes mellitus, 2) sexo masculino y femenino, 3) edad entre 30 y 80 años, 4) escolaridad mínima que supieran leer y escribir.

Cada entrevista duró aproximadamente 20 a 30 minutos. Algunos pacientes los percibimos tranquilos otros manifestaron llanto y algunos enojo con respecto a su estado de diabétes.

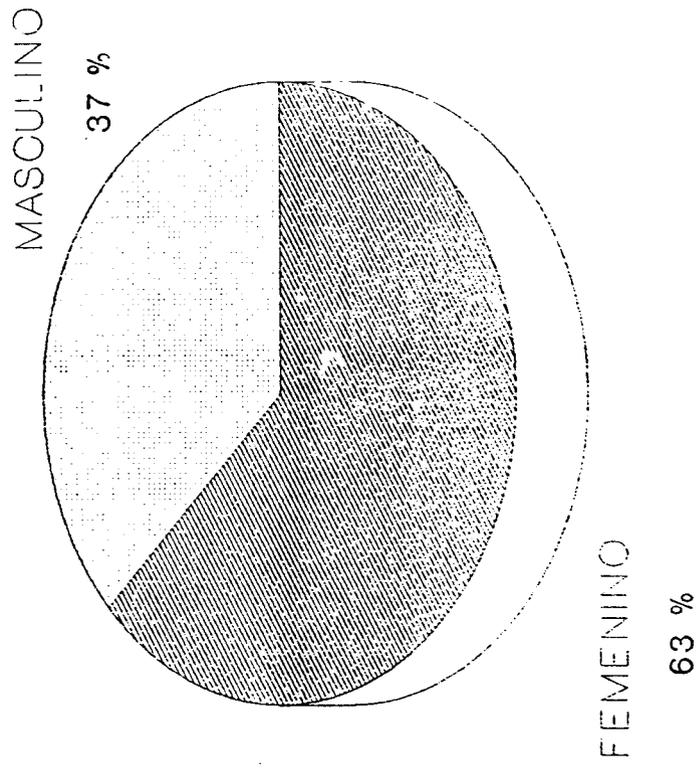
ESTADO CIVIL

CENTRO MEDICO, HOSPITAL GENERAL Y OTROS



DISTRIBUCION POR SEXO

CENTRO MEDICO, HOSPITAL GENERAL Y OTROS



G. ANALISIS DE LAS GRAFICAS Y TABLAS

Las gráficas de preferencia positiva y negativa salieron de la escala de juicios psicofísicos con base a los "ítems" contemplados en ella, que pueden ayudar o ir en contra de la salud del enfermo respectivamente, saber: 1, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 y 18 (los positivos) y 2, 3, 5, 6, y 13 (los negativos). (Ver gráficas de preferencia positiva y negativa)

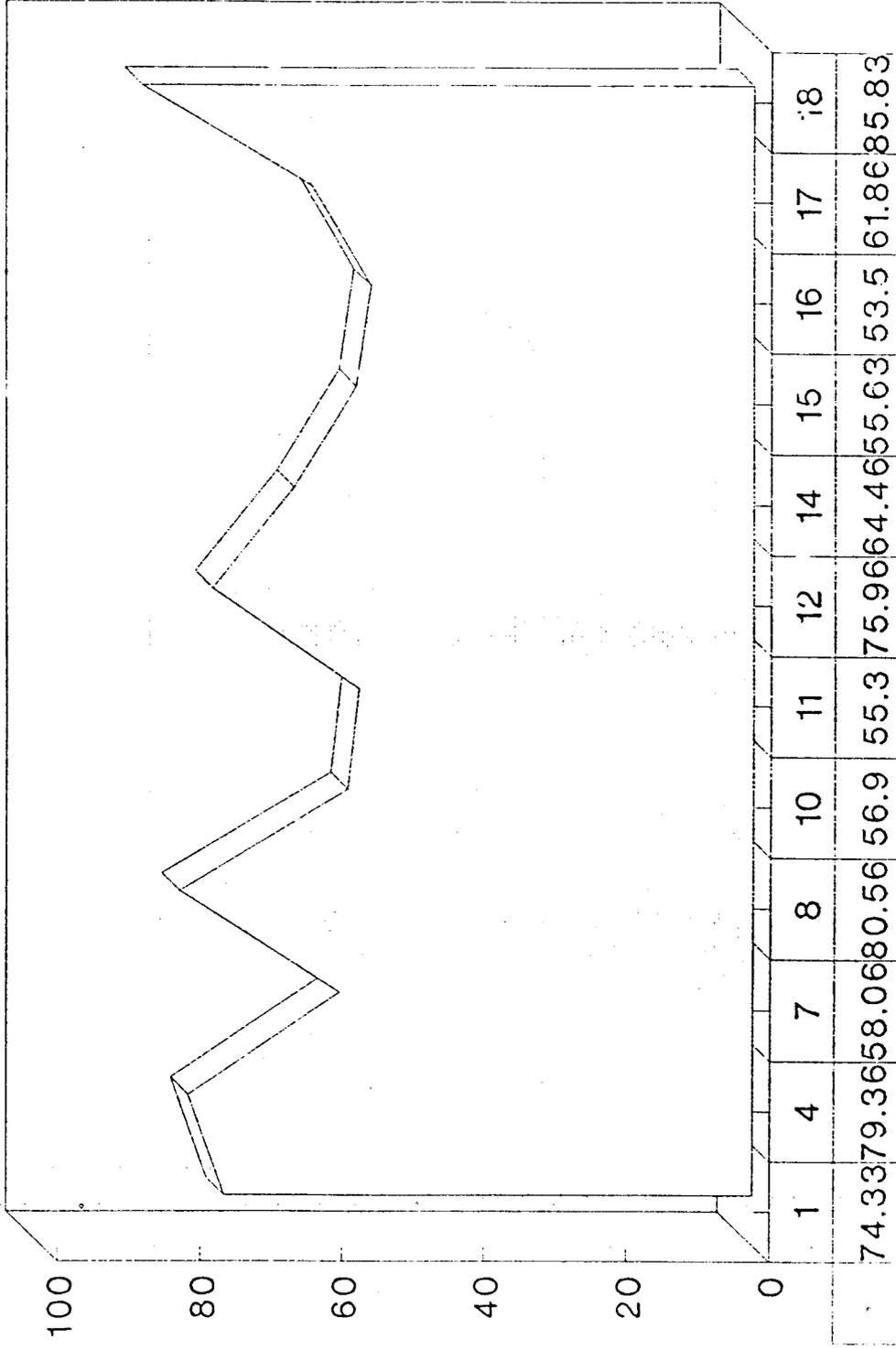
De igual forma salió la gráfica de preferencias positivas familiares (ver grafica) en función de los 9 ítems (todos positivos). (Ver anexo 5).

En la gráfica de preferencia positiva del paciente se manifiesta una buena tendencia hacia el bienestar propio sobre todo en la pregunta o ítem No. 18 de tener arreglo personal para sentirse y verse bien.

La puntuación más baja está en la pregunta No. 11 sobre platicar el enfermo de su vida con sus amigos y su familia. Esto es importante ya que como personas reclaman cierta privacidad; sin embargo consideramos que en el hecho de confiar

PREFERENCIA POSITIVA

PACIENTE

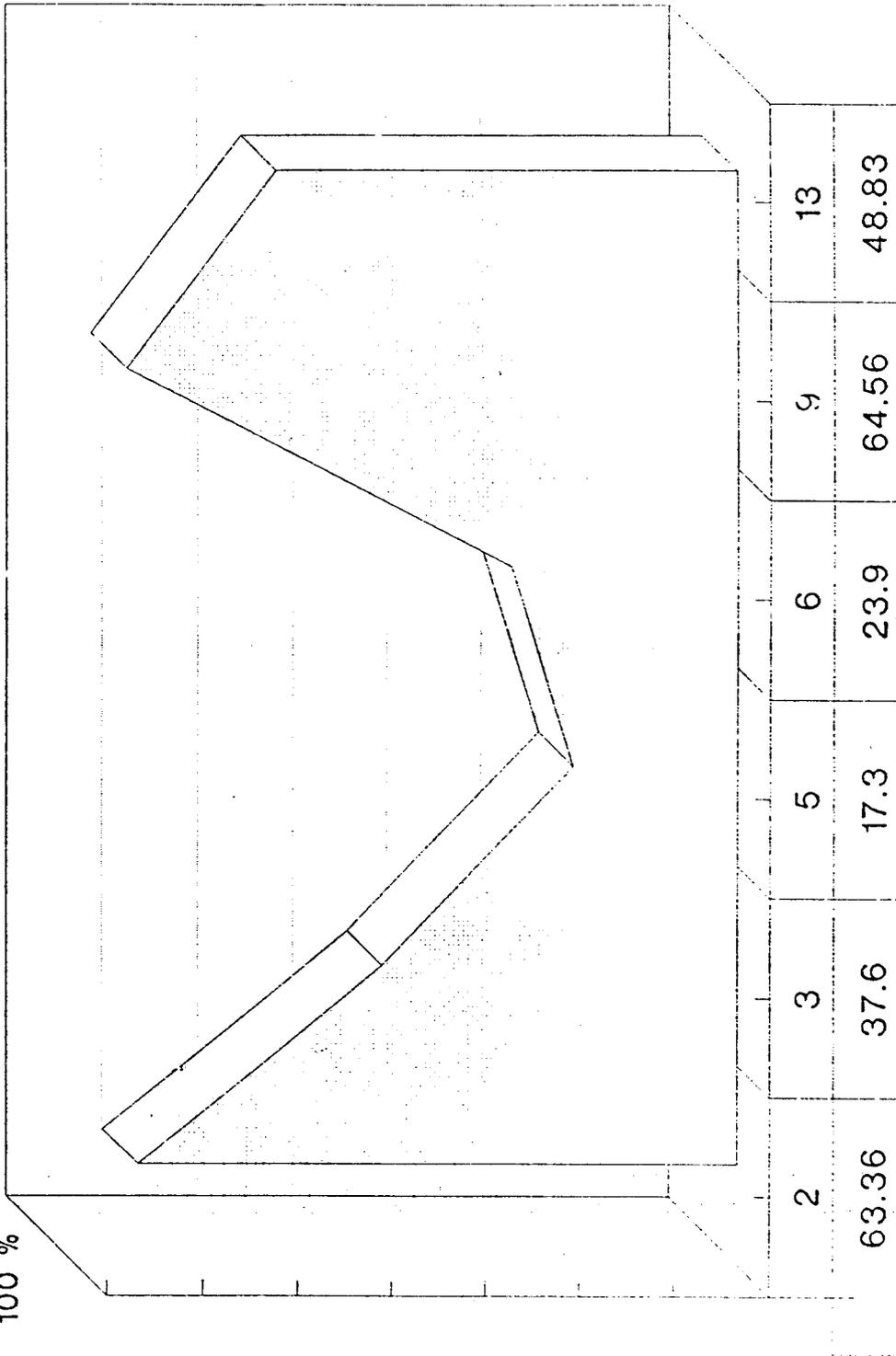


Nº DE PREGUNTA

PREFERENCIA NEGATIVA

PACIENTE

ESCALA
100 %



Nº DE PREGUNTA

en alguien es positivo hasta cierto punto para conocer más sobre la enfermedad o cualquier otro ámbito de la vida.

En la gráfica de preferencia negativa hubo un promedio alto (63.36) de la pregunta No. 2 "sentirme triste cuando hay injusticias". Si lo analizamos, todos los días hay injusticias, podría ser que tuvieran una depresión constante o una tendencia a sentirse tristes de vez en cuando.

Otra pregunta con promedio alto fué la No. 9 "discutir cuando no estoy de acuerdo en algo". De hecho en varias entrevistas reconocieron que se habían vuelto más irritables de lo "normal". Como se señaló anteriormente, los estados de tensión pueden alterar los niveles de glucosa.

Incluso varios de los entrevistados mencionan haber hecho un coraje anterior a tener los síntomas de sed y orinar constante. Es posible que lo hayan entendido como la normal actitud de defensa según su criterio de lo que no está correcto.

La pregunta No. 13 "Platicar de todo menos de mi enfermedad" se afirmó en un promedio de 48.83, casi 50 . Esto puede indicar que no del todo aceptan su enfermedad, ya que les cuesta hablar de ello o prfieren tener privacidad al respecto.

Sin embargo no es bueno "ocultar" la enfermedad ya que en cualquier momento puede ser necesaria la ayuda de alguien.

Sobre la pregunta No. 3 hay una tendencia promedio hacia los alimentos que

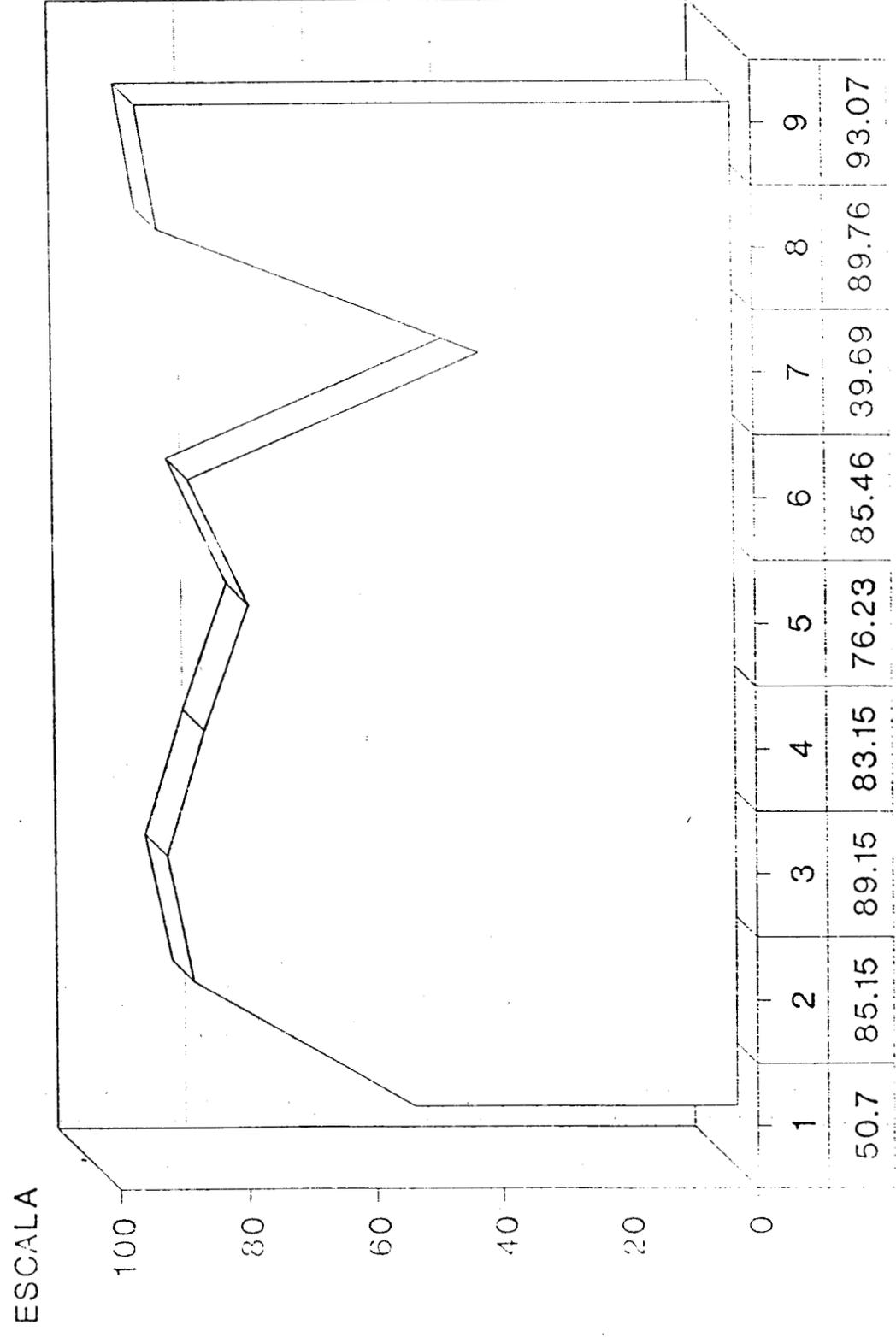
pueden alterar su metabolismo. En caso de que no los coman sino sólo les guste, puede provocar emociones de insatisfacción del sentido del gusto y a su vez ansiedad y disgusto que en un círculo vicioso altere los niveles de glucosa y su equilibrio emocional.

Es poca la preferencia por el alcohol y el cigarro, que de hecho debiera ser nulo.

ANALISIS DE LA GRAFICA FAMILIAR.

En general hay una tendencia familiar positiva en función del enfermo diabético. Sin embargo lo que no es aceptado es permitir que el diabético tenga hijos (pregunta No. 7) por el punto de la herencia; pero ¿sería justo que a una persona se le prohibiera procrear? (Ver gráfica de preferencia familiar)

PREFERENCIA FAMILIAR



Nº DE PREGUNTA

ANALISIS DE LAS TABLAS

TABLA DE ALIMENTOS.

La tabla de alimentos contiene 5 que son de alto riesgo para la salud del diabético y 5 que son de bajo o nulo riesgo para su salud (ver tabla 1).

De esta tabla de alimentos 5 son considerados de alto riesgo para la salud del enfermo diabético, a saber: los embutidos, el chocolate, la crema, el pastel y el rompopo entre otros, a diferencia de los 5 restantes que lo benefician: nopales, avena, atún, frutas y pan integral, por sus propiedades de fibra, vitaminas y bajos en carbohidratos.

Los pacientes diabéticos ordenaron los alimentos del 1 al 10, dándole número 1 al que más les gustaba o consumía, enseguida el 2 , al que le gustaba menos que el 1 y así sucesivamente hasta darle el 10 al que menos le gustaba o no lo consumía.

TABLA DE ALIMENTOS

PACIENTE	NOPAL	EMBUTIDOS	CHOCOLATE	AVENA	ATUN	CREMA	FRUTAS	PASTEL	PAN INTEGRAL	ROMPOPE
1	1	7	10	3	2	4	5	9	6	8
2	1	8	5	9	2	3	7	4	6	10
3	2	6	10	1	4	7	3	8	5	9
4	7	9	3	2	10	6	4	1	8	5
5	1	7	10	2	3	4	5	6	8	9
6	1	7	10	4	5	6	2	9	3	8
7	2	9	10	3	4	7	5	8	1	6
8	2	9	8	1	5	7	4	3	10	6
9	10	1	6	9	4	2	3	7	5	8
10	1	9	2	3	4	5	6	7	10	8
11	2	9	8	3	4	7	1	6	5	10
12	1	7	8	4	9	3	5	10	6	2
13	2	5	6	3	4	7	1	9	10	8
14	1	8	9	2	4	5	3	7	6	10
15	4	1	8	10	7	2	3	5	9	6
16	3	4	10	5	6	2	7	8	1	9
17	10	3	6	7	5	4	1	8	2	9
18	1	2	10	3	4	5	6	8	7	9
19	2	4	8	7	6	5	1	9	3	10
20	1	9	4	6	10	5	3	7	2	8
21	1	6	9	5	4	10	2	7	3	8
22	-	-	1	-	-	-	2	-	3	-
23	3	10	6	2	4	5	1	9	7	8
24	2	4	10	5	6	8	1	8	3	9
25	2	9	5	4	10	3	1	8	6	7
26	2	5	7	3	6	8	1	9	4	10
27	1	3	8	6	5	9	2	9	4	10
28	2	4	3	5	6	7	1	10	9	8
29	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-
30	2	3	9	4	5	6	1	10	7	8
Y	2.4	6.0	7.2	4.3	5.2	5.3	2.9	7.3	5.4	8.0

TABLA 1 ORDENACION DE ALIMENTOS DE ACUERDO A LA PREFERENCIA

Esta tabla de alimentos refleja rasgos de ansiedad hacia los alimentos nocivos y los benéficos según como percibe el enfermo o su preferencia hacia ellos, algunos decían no comerlos pero sí les gustaban.

En la tabla No. 1 de alimentos podemos observar, que en la mayoría de los casos se da una buena preferencia hacia los de bajo riesgo para la salud ; que como carecen de grasa, no aumentan el nivel de colesterol en el paciente diabético. Sin embargo algunos pacientes eligieron los de alto riesgo aunque no los consumían pero si les atraían, les gustaban.

De ahí, una serie de factores psicológicos desencadenados por la prohibición de dichos alimentos tales como, ansiedad, depresión, angustia y la conciencia diaria de la enfermedad. Esto puede repercutir en su control o equilibrio emocional, y metabólico.

TABLA DE OCUPACIONES

La tabla de ocupaciones busca reflejar la atribución social que percibe el enfermo en cuanto a la responsabilidad que le otorga a su criterio. (Ver tabla 2)

De la tabla de ocupaciones, los pacientes las ordenaron del 1 al 10, dándole el primer lugar a la ocupación que según su criterio tenía más responsabilidad.

A la ocupación de doctor le dieron una prioridad importante ya que se trata de una entidad que tiene mucho que ver con su salud.

También se manifestó una gran preferencia hacia la ocupación de presidente de México, pues por el conocimiento que tienen sobre el gobernador de su país, esto les es importante ya que es una figura de autoridad.

En lo que respecta a la ocupación actual del enfermo, en algunos casos se dieron preferencias primordiales, ya sea por su propia autoestima, ya sea por la importancia que le da y esto es relevante porque si el paciente tiene alguna presión

TABLA DE OCUPACIONES

PACIENTE	DOCTOR	PRESIDENTE DE MEXICO	POLICIA	BANQUERO	BARRENDERO	AMA DE CASA	MAESTRO	BOMBERO	ARQUITECTO	OCUPACION ACTUAL
1	1	8	3	6	9	2	4	10	7	5
2	2	4	6	5	10	8	1	9	7	3
3	3	8	1	9	5	6	7	2	4	10
4	4	2	6	5	3	8	4	9	10	7
5	5	2	3	8	9	4	5	6	10	7
6	6	1	10	3	9	8	6	7	2	5
7	7	5	7	9	10	4	6	2	8	3
8	8	4	9	3	10	8	5	6	7	1
9	9	4	6	5	10	3	8	7	9	1
10	10	9	10	6	3	2	5	7	4	1
11	11	7	9	10	6	5	8	3	4	1
12	12	5	6	10	4	7	3	8	9	1
13	13	6	4	5	2	3	7	8	9	10
14	14	3	6	4	9	2	5	8	7	10
15	15	4	5	6	8	3	7	9	10	2
16	16	2	6	10	8	7	5	4	3	1
17	17	3	6	10	7	4	5	9	8	1
18	18	7	6	5	8	2	4	9	10	3
19	19	1	5	8	10	2	3	6	9	7
20	20	5	6	8	3	2	9	10	7	1
21	21	1	9	3	10	4	5	8	7	6
22	22	-	3	4	5	6	-	7	8	1
23	23	5	6	7	8	2	3	9	10	4
24	24	7	9	6	10	5	2	8	3	4
25	25	1	8	6	9	3	4	7	5	10
26	26	8	4	-	7	9	5	6	-	3
27	27	1	3	8	4	-	5	6	7	-
28	28	1	9	10	8	3	7	6	5	4
29	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	30	4	3	8	9	6	2	5	7	10
Y	2.2	4.2	6.0	6.6	7.3	4.5	5.0	6.9	7.0	4.6

TABLA 2 DISTRIBUCION DE OCUPACIONES DE ACUERDO A RESPONSABILIDAD

que le provoque la responsabilidad de su trabajo, esto puede influir en sus estados de ánimo y a la vez le puede provocar alguna alteración metabólica, que en dado momento afecte su equilibrio biológico y recíprocamente su equilibrio o estado emocional.

Hubo tres pacientes que no ordenaron del todo las listas de alimentos y ocupaciones. Podría ser porque no los consumían, no entendieron o simplemente no querían participar en la actividad.

H. ANALISIS DE LAS ESCALAS DE JUICIOS PSICOFISICOS

Aquellos comportamientos (contemplados dentro de las escalas de juicios de Stevens Stanley, S., Ver anexo No. 2), que benefician la salud del enfermo diabético, se analizaron comprobando la diferencia de juicios entre sexos.

Esto es por el interés de notar los comportamientos de hombres y mujeres en pro de su salud y de su incidencia en la misma. Es decir que la salud o mejor dicho, el control metabólico y emocional podría estar en función de ciertas pautas de comportamiento.

A continuación presentamos el análisis estadístico de la escala de juicios psicofísicos, que hemos considerado benéficos para la salud del paciente diabético, en este caso aquellos que tienen la siguiente numeración: 1), 4), 7), 8), 10), 11), 12), 14), 15), 16), 17) y 18).

COMPROBACION DE DIFERENCIA DE JUICIOS POSITIVOS ENTRE SEXOS

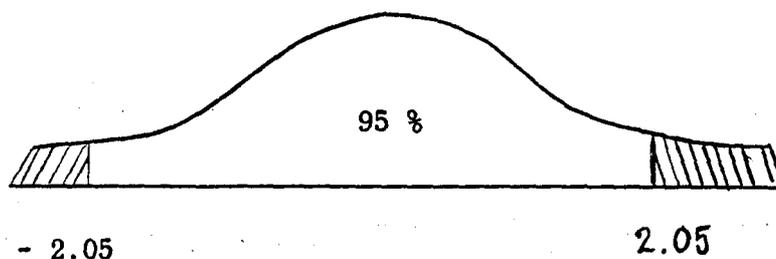
- 1) Objetivo: Comprobar la diferencia de medias con muestras pequeñas independientes.
- 2) Descripción: Confirmar la similitud de juicios positivos entre hombres y mujeres diabéticos.
- 3) Hipótesis: $H_0: \mu = \mu$; $H_a: \mu \neq \mu$
- 4) Características: a) Comprobación de diferencia de medias b) Dos muestras pequeñas independientes c) Medición de razón con valores continuos.
- 5) Coeficiente 95 % , 2 colas , $\alpha/2 = .025$
- 6) Distribución : t de Student
- 7) Base de rechazo: rechazar si:

$$t (n-1) (1 - \alpha/2)$$

$$(n_1 + n_2 - 2)$$

$$t (11 + 19 - 2) (1 - .025)$$

$$t 28 ; .975 = 2.05$$



8) Resultados:

n_1 : 77.58, 92.41, 97.25, 88.25, 44.33, 74.33, 46.83, 84.5, 91.75, 53.75, 30, 49.33, 93.75, 52.91, 48.66, 47.41, 72.91, 87.66, 72.91

n_2 : 64.08, 69.83, 81.33, 20.58, 89.58, 62.91, 71.33, 79, 60.5, 70.91, 23.83

9) Procedimiento.

a) Estimadores

$$\bar{Y}_1 = 68.76 \quad S_1 = 21.01$$

$$\bar{Y}_2 = 63.08 \quad S_2 = 21.95$$

b) Diferencia de medias muestrales.

$$\bar{Y}_1 - \bar{Y}_2 = 68.76 - 63.08 = 5.68$$

c) Desviación mancomunada.

$$S_{1,2} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) (S_1)^2 + (n_2 - 1) (S_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$S_{1,2} = \sqrt{\frac{(19 - 1) (21.01)^2 + (11 - 1) (21.95)^2}{19 + 11 - 2}}$$

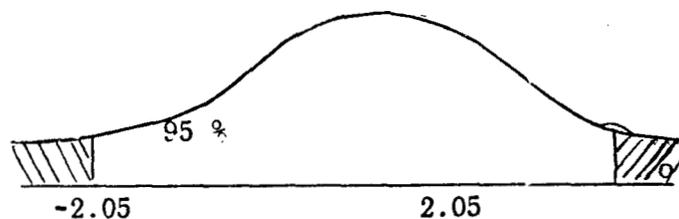
$$S_{1,2} = \underline{21.350466}$$

d) Estadística de prueba.

$$t = \frac{\bar{Y}_1 - \bar{Y}_2}{S_{1,2}} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$t = \frac{(68.76 - 63.08)}{21.350466} \sqrt{\frac{1}{19} + \frac{1}{11}}$$

$$t = \underline{5.68}$$



Conclusión: Con el 95 % de confianza se rechaza la hipótesis nula H_0 , hay evidencia significativa que señala la diferencia de juicios positivos entre hombres y mujeres diabéticos.

I. PROCESO DE ASIMILACION DE LA ENFERMEDAD

A partir de las entrevistas pudimos lograr observar las fases o etapas identificables por las que pasa un diabético desde el comunicado de la enfermedad hasta una aceptación relativa de la misma (ver anexo 4).

Se llevaron a cabo 33 entrevistas. 30 a pacientes y tres a los familiares. (Cabe aclarar que si fueron 30 familiares los que respondieron la escala de juicios psicofísicos de Stevens Stanley S.) (ver anexo 5).

De las entrevistas a pacientes 10 se hicieron en el Hospital General, 15 en el hospital Centro Médico y 5 fuera de esas instituciones (otros).

1. ACTITUD O COMPORTAMIENTO DEL ENFERMO DIABETICO DESPUES DEL COMUNICADO DE SU ENFERMEDAD.

a) Después del Diagnóstico.

Los pacientes que conocían la enfermedad de antemano no tuvieron gran sorpresa ante el diagnóstico como aquellos que tenían familiares diabéticos o habían ejercido como médico sin embargo si hubo un cierto sentimiento depresivo, dadas las características de la depresión como sentimiento general de tristeza, apatía, etc., que ya contemplamos anteriormente:

"Pues me asusté, en ese momento sentí mucha tristeza, porque pensé ya desde ese momento ya soy enferma, conocía el padecimiento."
(Paciente del hospital Centro Médico).

Cuando se trataba de enfermos que no conocían la enfermedad al principio no sentían un gran temor (o miedo a algo conocido) o angustia (temor irracional). Sus características ya las vimos anteriormente. Fué hasta hasta el momento de

conocer lo que les podría ocasionar la enfermedad:

"La primera sensación no me preocupó, la verdad no, pus ya dije bueno, ya es diabétes, este, mi familia, la mayoría son dulcecitos (se ríe), y no me preocupó porque ya también ya lo venía venir con la obesidad; yo he sido obesa de nacimiento, pero pus una obesidad mal cuidada, soy de pueblo y entonces decían "la gordita". La primera vez no sentí, este, no le empecé a dar importancia, no empecé a llevar la dieta que aplicaron no. Seguí mi vida normal" (...) "Después ya me vino preocupando mi enfermedad porque empecé a oír mucha publicidad, o información de que pues afectaba el corazón, el riñón, la vista, y sobre todo en la vista fué donde me dió mucho miedo, de llegar a perder la vista y empecé a sentir también los estragos de la enfermedad: sentir cansancio, ciertos calambres, mi riñón que me dijeron que estaba drenando proteínas o algo así, ya me preocupó muchísimo y empecé a tener cuidado." (Paciente del H. Centro Medico)

La gran mayoría aún se deprime con frecuencia a pesar del tiempo de padecerla que va de 1 a 20 años de padecerla aproximadamente, pues algunas mujeres rompieron a llorar cuando se les estaba entrevistando:

" Pus ultimamente me he sentido mareada, me duelen mucho las piernas";(paciente) ¿ y de su estado de ánimo ? (entrevistador) "me siento triste " (paciente) ¿ y como es eso? (entrevistador) "pus me dan ganas de llorar." (Paciente del Hospital General de México)

Tambien los pacientes dicen sentir en ocasiones tristeza, decaimiento desesperación, pereza. Son algunas de las características de la depresión. Esto es importante que se tome en cuenta en la relación médico-paciente ya que así el médico sabría como tratarlo específicamente.

Pero en general los pacientes pensaron afrontar su enfermedad tomando los

medicamentos y llevando la dieta.

b) Relaciones Familiares.

Cuando la familia se enteraba que uno de sus miembros tenía diabétes, por lo general sintieron tristeza, (según los pacientes, aunque también se vió en las entrevistas a familiares) donde el "cuidado familiar" que había para con el enfermo era sobre su alimentación principalmente. Los pacientes lo manifestaban como cuidados hacia ellos por parte de su familia. Pero sería posible pensar que al acosarlo con no comas ésto, no comas lo otro, no comas.. etc., más que cuidado estarían reprimiendo al enfermo. Entonces se van dando problemas dentro del hogar, es decir, detalles como el de los alimentos como de cocinar doble por el enfermo, o sin sal, o sin azúcar, etc., y este tipo de cambios, se ve manifiesto de un trato diferente de la familia hacia el enfermo. Aunque no un rechazo hacia ellos como lo mencionaron pero si cuidados especiales, acompañarlo al médico como cuando tiene algún impedimento físico o por el nivel de glucosa que le pueda cambiar en algún momento, todo esto y más repercute en la estructura de las relaciones familiares:

"No, yo casi siempre vengo con mi esposo y él viene a las pláticas, nos hace muy bien porque cuando saben que es uno diabético todos: no comas esto, no comas lo otro, no puedes comer esto, y lo acosan auno ¿no?, entonces aquí viene mi esposo, ya sabe lo que puedo comer ¿verdad? y lo que no debo comer; pero mis hijos lo saben: y no comas una tortilla, no comas...nada de pan, no comas... " Y que siente cuando le dicen así? "Pues, le digo, no pues es que sé que no están enterados pero tengo a mi marido que les dice: Si, si lo puede comer, se puede comer esa tortilla." (Paciente del Hospital Centro Médico)

c) Relaciones Medico-Paciente.

Muchos pacientes se expresan bien de sus médicos otros sólo mencionan un buen trato. La gran mayoría dijo hacer caso de las instrucciones del médico, excepto cuando se les "olvidaba" o tenían o tenían alergias, o les caía mal algún alimento. En estos dos últimos casos se lo comentaban al dr., para hacer un cambio de alimentos o de medicamentos. Queda con esto comprobado que sí se llega a dar la etapa de negociación con el médico por alguna razón. De la muestra, mas o menos la mitad (14 o 13 pacientes) iba acompañada al chequeo médico. Esto demuestra un comportamiento de dependencia que podría ser por limitantes físicas (ceguera) o por limitantes anímicas (temores hacia el hospital o los doctores). Esto puede causar problemas en la familia porque se da una relación de compromiso para con el enfermo en acompañarlo, en cocinarle, etc. Nos hablaron de como los trata su médico:

"En realidad todos muy bien, no me puedo quejar de ninguno."
(Paciente del Hospital Centro Médico)

Pudieramos pensar que esta respuesta favorece el trato de los médicos para con los pacientes que pudiera haber sido dada en la mayoría de los entrevistados de esta manera por mero compromiso y no ser el real comportamiento de los médicos hacia ellos.

El hecho de mencionar hacer caso de las instrucciones del médico, puede referirse a la relación de : Doctor (poder del saber) - Paciente (obediencia por no saber), es decir: uno, el doctor tiene poder por su conocimiento y el otro tiene que resignarse a ser paciente y obedecer las instrucciones del médico, aunque ponga de pretexto la fé en el médico.

d) Relaciones Sociales.

Algunos pacientes prefieren no decir su enfermedad por miedo al rechazo o maltrato en sus trabajos o con sus amigos:

"(...) Una cosa que sí también le voy a decir a mis amigos, amigas, a la gente de mi trabajo yo les he ocultado hasta que vengo aquí; se lo dije a la trabajadora social porque el jefe de personal, ví como trató a una persona que tenía diabétes, la relegó vaya, a raíz de eso yo me he cuidado mucho en el trabajo de no comentar que he tenido diabétes." ¿Hay limitantes en el trabajo? "Si si encuentro limitantes, luego hasta dice uno si es diabético hazlo enojar pa que a ver si así se muere o a veces se le sube la glucosa. Y gente que no son mis amigos jamás he comentado que tengo la enfermedad." (Paciente del Hospital Centro Médico)

Pero por lo general a los diabéticos los tratan bien, no ha habido un rechazo del estilo que se le daría aun canceroso. (40).

A los diabéticos no les gusta mucho platicar de su enfermedad, les da pena o bien sienten tristeza, (Como se vió en la gráfica de preferencias negativas) pero como ya señalamos es importante que las personas que lo rodean sepan si se llegara a presentar un caso de emergencia, más que por mera curiosidad:

"No me gusta, siento pena" (Paciente del Hospital general)

Muchos pacientes manifiestan haberse vuelto más irritables. Esto también afecta las relaciones sociales y familiares que puede afectar la salud del enfermo e

40 . Revisar el trato social que se le da a un paciente canceroso en : Bravo Fuerte P. "El sujeto con cáncer: campo de estudio de la psicología social" , UAMI, México, 1992.

incluso de sus allegados:

"Si bastante porque ahora no es igual como antes pues, como cuando uno esta buena, pero ahora que ya tiene uno la enfermedad. Ahora es ya uno enojona pues cuando empecé ya cualquier cosita ya , le caía uno mal, que le tiran las cosas y hasta me pongo a llorar del coraje pues que me da pues, no sé el corazón se me pone muy tierno."
(Paciente del Hospital general)

e) Adaptación.

Es importante ver si una persona se puede adaptar a un nuevo estilo de vida, donde cambie su alimentación, su ocupación y hasta su percepción de sí mismo.

Por lo general los pacientes se han acostumbrado a la dieta aunque algunos quisieran comer otra cosa:

Hay cosas que ya no puede comer? "Ah varias, si, ya no es igual (rie), como era antes porque de todo podía uno comer ahora no, no mayormente el dulce, si extraño eso, y el refresco, si. Pero de todos modos tenía yo que aguantar (rie)." (Paciente del Hospital General)

Pero en el centro médico se les ha recomendado comer de todo lo que aparece en una guía de alimentos que les proporcionaron, pero en forma racionada.

Algunos se han visto afectados en sus labores de costumbre sintiendo ciertos cambios:

"Pues ahora es menos, puedo menos, me canso más, y me da coraje que yo no puedo hacer mis cosas como antes y activa y todo eso me da coraje."

CONCLUSIONES

A través del desarrollo teórico y metodológico de la investigación, se logró cumplir con los objetivos del mismo. Siendo un aspecto relevante el comprobar la existencia de elementos psicosociales que afectan el estado general del enfermo diabético, es decir su ambiente psicosocial que le rodea, así como sus relaciones sociales, el cambio de hábitos alimenticios, etc. que influyen en el estado emocional y en el estado biológico del enfermo. Remarcamos que los aspectos emocionales o psicológicos, los aspectos biológicos y los estados sociales son parte de un todo interrelacionados entre sí pero que se separan sólo para el análisis de cada uno por incidir en la salud enfermo diabético.

Recomendamos que en estudios posteriores se hagan mediciones fisiológicas a partir de las reacciones emocionales de los enfermos con diabétes, para un análisis más profundo de la variación de glucosa en la sangre en función de la ansiedad u otro factor emocional.

Se ha comprobado que la presencia de emociones de diversa índole en el paciente desequilibra su control metabólico y psíquico pero, sin embargo, éste entra en un período de fases de adaptación a un nuevo estilo de vida que generalmente pasa por etapas determinadas.

1. Dentro del proceso de estudio comprendido desde el impacto psicológico que produce el diagnóstico hasta el equilibrio emocional y/o biológico relativos encontramos una serie de factores psicológicos que afectan la salud del enfermo.

Se encontró que después del shock, hay asombro, ansiedad, sensación de desesperanza en el caso de tratarse de un hijo. En adolescentes después del shock hay desesperanza, cólera y ansiedad, en adultos el impacto es intolerable.

Se ha encontrado que el stress está en relación con el control de la glucosa. Se pueden presentar síntomas de depresión o ansiedad. El stress puede afectar el control de glucosa en la sangre trastornando el mecanismo regulador neuroendócrino. El stress puede aumentar o disminuir el nivel de glucosa en la sangre.

El efecto psicológico es un mecanismo entre otros capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar en el organismo.

Las entrevistas realizadas arrojaron evidencias de estos factores psicológicos en los pacientes diabéticos.

2. Encontramos fases y períodos identificables dentro del período impacto-equilibrio, a saber: negación, actitud de rebeldía frente al diagnóstico, pacto, período de cierta depresión y fase de adaptación activa. En el estudio encontramos que no se dan siempre todas las fases en todos los pacientes. En algunos se dan las fases más rápido que en otros. Por el tiempo que llevan de diagnosticados (1 a 20 años), podríamos decir que no en todos se llega a un equilibrio completo sino relativo, donde se dan períodos de depresión, negación, rebeldía por no poder adaptarse a un nuevo estilo de vida.

Siendo más difícil en la diabetes juvenil donde al adolescente le cuesta aceptar ser enfermo crónico porque tiene expectativas de vida, se preocupa por su imagen

corporal, y le preocupa la valoración que de su salud hagan los demás en especial los del sexo opuesto.

3. Las relaciones familiares y sociales se ven afectadas por la enfermedad aunque no se trata de una enfermedad contagiosa, pero sí se dan detalles dentro de la familia que la incomodan por las costumbres alimenticias o de comportamientos y de la misma forma en relación a los amigos o en su ocupación.

Los pacientes hablan de "cuidados" de la familia y amigos hacia ellos pero esos "cuidados" de no comas tal o cual cosa puede ser una forma de reprimir al enfermo, ocasionándole tensiones que podrían desatar disgustos en la familia o con los amigos.

4. El enfermo diabético tiene conciencia de que su enfermedad no tiene cura por lo que muchas veces se deprime, se desespera, se vuelve irritable por su condición. La concibe como una enfermedad crónica, más sin embargo piensa que se podría curar algún día con los adelantos de la ciencia.

5. Como vimos hay una diferenciación entre equilibrio físico y anímico que no siempre se dan en el mismo proceso ni en el mismo rango de tiempo.

La diabétes es controlable y se puede llevar una vida más aceptable y confortante, siempre y cuando el paciente afronte y se adapte al nuevo estilo de vida en colaboración del médico, psicólogo y su familia.

B I B L I O G R A F I A

1. Araujo Paullada, Carmen Problemas emocionales de pacientes diabéticos juveniles, (s.l.), 1966, 98pp.
2. Benoit J. C., et all Psicoterápias y psicoanálisis existenciales, Ed. Fundamentos, España, 1973, 150 pp.
3. Bouchard Marc-André, et all. Principios y aplicaciones de las terapias de conducta Col. Universitaria, Ed. Debate, Madrid, 1981, 495 pp.
4. Bravo Fuerte, Patricia El sujeto con cáncer: campo de estudio de la psicología social, UAMI, México, 1992, 193pp.
5. Cárdenas, Enrique. Terminología médica 2a. Ed., Ed. Interamericana, México, 1987, 109 pp.
6. Castillo, C. María Teresa del Conducta de la enfermera ante un paciente con diabétes Chihuahua, Chih., 1965, pp.
7. Castro Alarcón J. Yolanda. Importancia del adiestramiento del enfermo diabético desde el punto de vista médico, psicológico y social Servicio de endocrinología. Hospital General. Centro Médico Nacional, I.M.S.S. México, 1966, 55pp.
8. De la Fuente, Ramón La angustia , Un simposio presentado por la Academia Nacional de Medicina, y la Asociación Psiquiátrica Mexicana el día 5-VI-1971, México, D.F., 84pp.
9. De la Sierra, Angell O. Bocetos para una biopsicosociología Ed. Limusa, México, 1987, 206pp.
10. Díaz Nieto, L., et all. Grupo de autocuidado de diabétes mellitus tipo II México, 1990, 25pp.
11. Dolger, Henry y Seeman Bernard. Cómo vivir con la diabétes 1a. Ed., Ed.

Diana, México, 1980, 237 pp.

12. Fabri, Joseph B. La búsqueda de significado , FCE, México, 1977, 271pp.

13. Figuerola, D. diabétes, Ed. Salvat, 2a. Ed., Barcelona, 1990, 215pp.

14. Frazier, S.H. Qué es la Psicopatología, Ediciones Lidiun, Buenos Aires, Argentina, 1984, 152 pp.

15. Galí, Hero Como curar la diabetes por medio del naturismo Gomez Gomez Hnos. Eds., México, 1975, 95 pp.

16. Gever, Larry N. Diabetes : cuidados y control Ediciones Doyma, España, 1987, 223 pp.

17. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado Tomo IV, Selecciones del Reader's Digest, México, 1978, 1392 pp.

18. Guyton Arthur, C. Tratado de fisiología médica 7a. ed. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill, México, 1989, 1051 pp.

19. Hodgson, Ray La mente drogada Ed. Debate, 1a. ed., Madrid, 1984, 224 pp.

20. Heller, Agnes Historia y vida cotidiana Col Enlace, Ed. Grijalbo, México, 1985, 166 pp.

21. Hoffman, Lynn Fundamentos de la terapia familiar F.C.E., México, 1987, 328 pp.

22. Joslin Ellios, P. Manual de diabetes Ed. Leop.Krall Cecsca, Compañía Editorial Continental, S.A., México, 339 pp.

23. Karlsson A., Jennifer, et. all. Psychosocial aspects of disease duration and control in young adults whith type I diabetes in: J. Clin Epidemiol, Vol. 41, No. 5, Pergamon Presspic, Great Britain, 1988, pp. 435-440.

24. Kristal, Leonard Comprenda la psicología. Una perspectiva personal, DIMSA - HARLA, México, 1980, 128 pp.

25. Laufer J., Ira Diabetes explicada 2a. Impr., Ed. Diana, México, 1981, pp.

26. Lozano Castañeda, Oscar La diabétes mellitus como un problema de salud

- México:Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1975, (14) p. 23 Cm.--(México. S. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Control de enfermedades no transmisibles; 18). Título de la cubierta: Diabétes Mellitus.
27. Marble, Alexander, et all. Joslin: Diabétes Mellitus Ed. Inter Médica, Duodécima edición, 1989, 938 pp.
28. Parra Covarrubias, Adalberto Manual del niño diabético Mexico, La Prensa Médica Mexicana (c 1971) 1 V. ilus. 22 Cm. Ej.n. 40, 45
29. Petzold† Rüdiger, Schöffling Karl Hablando de diabétes La serie consejos médicos, Ed. ITALGRAF, Bogotá C., 1981, 220 pp.
30. ENCICLOPEDIA MEDICA FAMILIAR revisión general y presentación:Pedro Pons Agustin. A-M Ed. Argos Vergara, S.A., Barcelona, 1985,209 pp.
31. Rainer, C. Todo lo que su médico le explicaría si tuviera tiempo Ediciones Folio, San Sebastian, 1981, 223 pp.
32. Rodríguez, Rafael Manejo del paciente diabético Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1a. Ed., 1963, 88 pp.
33. Rogers R. Carl. El proceso de convertirse en persona, Paidós, Psiquiatría, psicopatología y psicósomática, México, 1985, 356pp.
34. Shames, Richard y Sterin, Chuck El mejor medico: tu mente Ed. Concepto, México, 1979, 244 pp.
35. Stevens Staley, Smith Psychophysics: Introduction to its perceptual, neutral, and social prospects Ed. Wiley Interscience, U.S.A., 1973, 329 pp.
36. Swenson Leland C. Teorías del aprendizaje Ed. Paidos/Psicologías del siglo XX, Buenos Aires-Barcelona, 1a. edición, 1984, 541 pp.
37. Trujillo Arriaga, Hector M. Desarrollo de un algoritmo de aproximación funcional y propuesta de valoración para la curva de tolerancia oral a la glucosa, UAMI, 1988
38. Vander Adrianus, Seud Diabétes; cómo recuperar la salud, Síntesis,

Barcelona, 1973. 192 pp.

39. West, Kelly M., M.D. Epidemiology of Diabétes and its vascular Lesions Ed.
Elsevier New York, 1978, 579 pp.

G L O S A R I O

- * **Afectiva , alteración:** Enfermedad en la cual predominan las emociones o los caprichos; en la forma psicológica se incluyen las reacciones depresivas y las psicosis maniicodepresivas.
- * **Afecto:** estado subjetivo del sentimiento o emoción; ejem.: depresión, culpa, ira, angustia.
- * **Agentes hipoglucemiantes orales:** Medicamentos sintéticos que alteran el nivel de glucosa en la sangre por vía de administración oral.
- * **Aislamiento:** Comportamiento del sujeto al retraimiento del mundo que le rodea.
- * **Angustia:** Afecto caracterizado por sensaciones de depresión, incertidumbre y desamparo sin relación de un peligro real externo.
- * **Asimilación:** Proceso o función en virtud del cual se incorpora información nueva a esquemas (conceptos) existentes sin alterarlos.
- * **Asimilación de la enfermedad:** Grado óptimo de un proceso adaptativo a un cambio trascendente del funcionamiento biológico del cuerpo, que repercute en el estado de ánimo.
- * **Autorealización:** Término empleado por los terapeutas humanísticos y gestaltistas para describir el crecimiento de una persona hasta su máxima capacidad y hasta que llega a ser la mejor persona que el propio potencial le permite ser.

- * **Carácter, alteración del:** Alteración que se distingue por la dificultad en adaptarse a las normas culturales, sociales y morales con relativamente poco esfuerzo personal.
- * **Consolidación:** Proceso, habitualmente gradual, por el que los recuerdos dinámicos de corto plazo, se transforman en recuerdos estructurales de largo plazo.
- * **Control emocional:** Mecanismos por los cuales se logra el equilibrio anímico.
- * **Control metabólico:** Mecanismos de control internos que logran el equilibrio biológico.
- * **Defensa (mecanismo):** Proceso mental inconsciente empleado para resolver conflictos o angustias; por ejemplo: proyección, negación, represión, reacción formativa, anulación.
- * **Drepresión:** Afecto que supone un sentimiento de tristeza , melancolía, soledad, pérdida de interés, ect.
- * **Disfunción orgánica:** Mal funcionamiento de los órganos internos del cuerpo.
- * **Endocrinología:** Estudia las glándulas de secreción interna.
- * **Emoción :** Estado subjetivo del sentimiento; por ejemplo: amor, odio, temor, ansiedad, pena.

- * Equilibrio psíquico: Estabilidad que favorece la salud psíquica del sujeto.

- * Equilibrio metabólico: Estabilidad biológica en función de la armonía orgánica del sujeto.

- * Espacio vital: Término de Lewin que designa un dibujo o una representación topológica de la realidad fenoménica de un individuo o del mundo tal como lo ve. Las varias metas, las fuerzas y barreras que lo configuran sirven para predecir o explicar la conducta.

- * Estado anímico: Situación en que se expresan las emociones del sujeto.

- * Estímulos externos: Elementos exógenos que pueden intervenir en el comportamiento o estado de ánimo.

- * Frustración: Bloqueo de la actividad dirigida a un fin; la hipótesis que frecuentemente se formula es que la frustración conduce a la agresión.

- * Hábito: Pauta de conducta adquirida mediante el aprendizaje, que se manifiesta así misma mediante una mayor facilidad de desempeño.

- * Habitación: Proceso por el cual la exposición repetida a algunos estímulos causa que el organismo aprenda a ignorarlos con el cerebro consciente, en tanto que los mecanismos cerebrales inconscientes, del nivel inferior siguen prestándoles atención.

- * Logoterapia : Es la terapia específica de la frustración existencial o frustración del deseo de significación. Su principio fundamental demanda que el paciente asuma la responsabilidad que tiene de sí mismo.
- * Melancolía : Estado psicológico caracterizado por depresión y tristeza.
- * Negación: Proceso inconsciente que supone la anulación de una realidad penosa o que provoca angustia, negándose a admitir su existencia.
- * Pena : Respuesta normal a la pérdida de una persona u objeto queridos, caracterizada por melancolía y tristeza.
- * Psicósomática, enfermedad : Alteraciones físicas en las cuales los factores psicogénéticos son de importancia etiológica predominante en la iniciación y perpetuación del proceso fisiopatológico.
- * Psicoterapia: Tratamiento por medios psicológicos, cuya base reside en la relación personal recíproca entre el paciente y el terapeuta.
- * Ley de la predisposición o actitud : Ley de Thorndike según la cual, las predisposiciones personales o culturales tienden a orientar la conducta en formas particulares en relación con situaciones particulares.
- * Procesos biológicos: Activación químico-biológico normal del cuerpo.
- * Proceso psicológico: Activación anímica del sujeto.

- * Proceso social: Relaciones sociales del sujeto y el contexto que le rodea.

- * Prueba de tolerancia a la glucosa: Determina con qué eficacia utiliza y almacena la glucosa el organismo.

- * Psicoendocrinología: Es el área de la psicología que profundiza los elementos psicológicos dentro de los procesos endócrinos, es decir, la manifestación de los cambios glandulares.

- * Represión: Proceso de exclusión de la conciencia de los impulsos, sentimientos, recuerdos o experiencias que de otro modo provocarían angustia.

- * Sociedad no diabética: Sociedad que no contempla los elementos nutricionales que afectan al diabético.

- * Trastornos emocionales: Cambio del estado anímico por razones extrínsecas o intrínsecas al organismo.

ANEXO No. 1

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES DIABETICOS SOBRE SUS RELACIONES PSICOSOCIALES.

El presente cuestionario tiene la finalidad de dar a conocer experiencias de sujetos diabéticos que pueden apoyar o ampliar el conocimiento que se tiene de la enfermedad.

Buenos días somos estudiantes de psicología y pedimos su colaboración para que nos responda unas preguntas sobre la diabetes para una investigación que estamos haciendo. Los datos que usted nos da son estrictamente confidenciales y con fines estadísticos.

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

OCUPACION _____

ESTADO CIVIL _____

TIPO DE DIABETES TIPO I TIPO II

1. ¿Cómo supo usted que tiene diabetes?
2. ¿Que fue lo que sintió cuando le dijeron que tenía diabetes?
3. ¿Todavía tiene ese tipo de sensaciones o esporádicamente?

4. ¿Cómo se ha sentido últimamente?
5. ¿Cómo reaccionaron sus amigos y su familia al saberlo?
6. ¿Estas personas lo tratan como lo hacían antes de la enfermedad o ha notado cambios en la forma como se comportan con usted?
7. ¿Ahora que sabe su enfermedad cómo se siente, que piensa de su salud?
8. ¿Qué fué lo primero que pensó cuando el médico le dijo que tenía diabétes?
 - a) ¿Sintió la necesidad de buscar otra opinión médica?
9. ¿Qué sintió cuando supo que tenía que llevar una dieta especial?
10. ¿Cuando su médico le ha dado indicaciones a seguir como medicamentos, dieta, etc., usted le ha discutido o le ha mencionado que alguna indicación no le gusta?
11. ¿Ha hecho caso de las instrucciones del médico? ¿Porque?
12. ¿Usted viene directamente al chequeo médico o alguien lo acompaña?
13. ¿A usted cómo lo han tratado en general los médicos y enfermeras?
14. ¿Cómo lo tratan sus amigos y compañeros de trabajo al saber que es diabético (a)?

15. ¿Qué piensa ahora de su dieta , Cómo se siente al respecto?
16. ¿Cómo son ahora sus actividades normalmente?
- a) Desde cuando tiene la ocupación última?
Si hay cambio ¿por qué?
- b) Describa el tipo de actividad que desarrolla.
¿Siempre ha sido la misma?
17. ¿Usted ha llegado a comentar su enfermedad?
- a) ¿Con quien ?
- b) ¿Por qué ?
18. ¿Ha cambiado su forma de ser ante los demás o ante sí mismo (a) ?
19. ¿Pensó afrontar su enfermedad alguna vez? , ¿Qué pensó hacer al respecto?
20. ¿Tiene dudas con respecto a su enfermedad?
¿Piensa que se podría curar algún día?
21. ¿Cree usted conveniente que la diabétes sea tratada medicamente, pero también emocionalmente?
22. ¿Ha sido atendido por un psicólogo además de por un médico?
23. ¿Ha conocido alternativas de curación, como remedios u otras formas de cura?

24. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?

25. ¿Que le pareció la entrevista?

26. ¿Quiere comentar algo más?

GRACIAS POR SU COOPERACION

2) SENTIRME TRISTE CUANDO HAY INJUSTICIAS

0 100

3) ME GUSTA COMER HAMBURGUEZAS, PASTELES, HELADOS, HOT DOG'S

0 100

4) SALIR DE CASA A PASEAR O A CAMINAR

0 100

5) ME GUSTA FUMAR CUANDO ESTOY NERVIOSO (A)

0 100

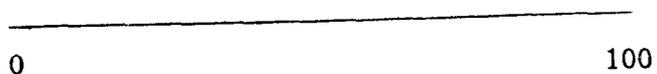
6) ME GUSTA TOMAR VINO DE VEZ EN CUANDO Y EN LAS FIESTAS

0 100

7) JUGAR CON MIS AMIGOS O FAMILIARES ALGUN JUEGO

0 100

8) CONVIVIR CON LA FAMILIA LOS FINES DE SEMANA



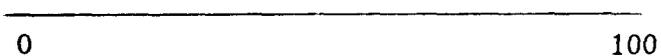
9) DISCUTIR CUANDO NO ESTOY DE ACUERDO EN ALGO



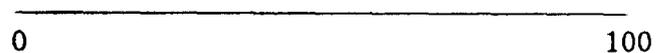
10) IR AL CINE PARA DIVERTIRME O DISTRAERME



11) PLATICAR DE MI VIDA CON MIS AMIGOS Y FAMILIA



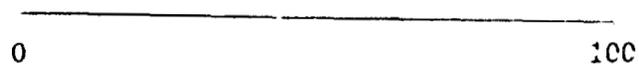
12) TRABAJAR PARA AYUDAR A MI FAMILIA



13) PLATICAR DE TODO MENOS DE MI ENFERMEDAD



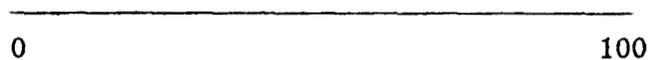
14) ME GUSTA TENER MUCHOS AMIGOS



15) DIBUJAR, PINTAR O HACER CUALQUIER MANUALIDAD



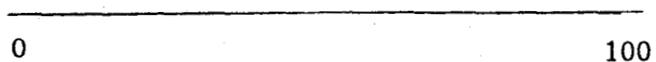
16) HACER EJERCICIO PARA MEJORAR MI CONDICION FISICA



17) ME GUSTA ESTUDIAR PARA APRENDER MAS DEL MUNDO



18) TENER ARREGLO PERSONAL PARA SENTIRME BIEN Y VERME BIEN



GRACIAS POR SU COOPERACION.

ANEXO No. 3

ESCALAS POR ORDENACION BASADA EN MANNING SIDNEY A. Y ROSENSTOCK,
E. 1971

INSTRUCCIONES: ORDENE DEL UNO AL DIEZ LOS SIGUIENTES ALIMENTOS
DANDOLE AL QUE MAS CONSUMA EL NUMERO UNO DESPUES EL DOS AL QUE
CONSUMA MENOS Y ASI HASTA TERMINAR CON EL DIEZ AL QUE MENOS
CONSUMA. NO REPITA LOS NUMEROS : ES DECIR CADA NUMERO LO PUEDE
PONER SOLO UNA VEZ.

NUMERO

NOPALES-----
EMBUTIDOS (LONGANIZA, SALCHICHAS, JAMON, ETC)-----
CHOCOLATE-----
AVENA-----
ATUN-----
CREMA-----
FRUTAS-----
PASTEL-----
PAN INTEGRAL-----
ROMPOPE-----

INSTRUCCIONES: LEA LA LISTA DE OCUPACIONES QUE SE DESCRIBEN Y ASIGNE UN NUMERO A CADA OCUPACION , DEL UNO AL DIEZ DANDO LE EL NUMERO UNO AL QUE USTED CREA QUE TIENE MAS RESPONSABILIDAD. EL DOS AL DE MENOR RESPONSABILIDAD QUE EL UNO, Y ASI HASTA EL DIEZ. NO REPITA LOS NUMEROS

NUMERO

DOCTOR-----

PRESIDENTE DE MEXICO-----

POLICIA -----

BANQUERO-----

BARRENDERO-----

AMA DE CASA-----

MAESTRO-----

BOMBERO-----

ARQUITECTO-----

MI OCUPACION ACTUAL-----

ESCRIBA QUE LE PARECIO EL CUESTIONARIO

GRACIAS POR SU COOPERACION

ANEXO No. 4

CINCO ENTREVISTAS ELEGIDAS AL AZAR QUE SE EFECTUARON A PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

ENFERMO No. 3 SEXO: FEMENINO ELAD:60 ESTADO CIVIL: CASADA

DIABETES TIPO: II OCUPACION: AMA DE CASA (JUBILADA)

TIEMPO DE SER DIABETICA: 14 o 15 APROX.

1. "Pues, este, yo supe porque después de un viaje, de un paseo, que ya sabe que en los paseos se come mariscos y se come de todo, cuando regresé me dolían mucho los talones y fui con una doctora porque yo trabajo, trabajé aquí en el seguro social y esa doctora luego luego me mandó hacer el análisis de sangre y ya me salió alta la glucosa; y así luego me mandaron al Centro Médico hicieron la prueba de la glucosa, la que va en ayunas, el líquido ese, dulce, y ya, supe que, pero era una diabétes incipiente, tenía yo baja la azúcar, 140, 150 y me la controlaba con pastillas. Cuando tuve 160, fui, me alarmé, fui con el doctor y dice, no, pus va bien, pero me fué sube, sube y sube ya después las pastillas ya no me hacían nada; estaba yo tomando la dosis máxima de la glivenclamida, 6 al día, y de todos modos tenía yo 370, 380, no me bajaba, vine aquí al Centro Médico y me puse a dieta porque me dijo el doctor que tenía yo que bajar de peso. Bajé 5 kilos, me sentía yo muy mal, comía yo muy poco, muy decaída y con la azúcar alta; entonces ya me recetaron la insulina y con la insulina ya como más, ya tengo más apetito, ya subí de peso, ya me siento mejor."

2. "Dolor de los talones, en los pies, y me sentía yo decaída."

3. "Bueno pues si, sobre todo cuando tengo ya apetito, me pasa mi hora de comer me pongo muy nerviosa, ¿verdad?, temblorosa, muy irritable, tengo que comer rápido porque si no, me empieza a dar sueño, me pongo muy nerviosa, entonces como y ya me controlo."

4. "Pus últimamente, bien. Nada más con los piquetitos, ya sabe, de los dedos, que me hace mi esposo me hace mi, mi, tengo mi glucómetro, me hace mi dextrosis en la mañana, en ayunas y antes de merendar, y este, y me pone 16 unidades de insulina en ayunas y 6, en la noche antes de merendar."

5. "Pues yo no, como mi mamá era diabética, y mi mamá me vió que me apuré

mucho porque yo soy enfermera titulada, y este, técnica radióloga y me jubilé ya de técnica radióloga. Entonces yo me angustié mucho ¿no?, cuando supe lo de la diabetes porque sé que se tiene (interrupción) porque sé de todos los efectos colaterales que tiene la enfermedad, y mi mamá me decía: "no te apures, yo ya vez tantos años que tengo de diabética y estoy bien. Con un tesito y se acabó" ¿y sus amigos? "Pues no, muchos no supieron como tomaba yo las pastillas a uno que otro les dije, mis hijos, pero como mis hijos no saben nada de medicina, no vi ningún cambio en ellos."

6. "Si, tienen aveces, tienen cuidado de no hacerme enojar, pero, pero son iguales."

7. "Pues sé que es incurable, se que de algo se tiene uno que morir, pero controlándose lo mejor que uno puede, pues puede uno vivir más tiempo ¿verdad? ; y este ya pus cuando le toque a uno pues, pero Dios dice ayúdame que yo te ayudaré, ¿verdad?"

8. "Pues lo primero que pensé es que ya iba yo estar enferma para el resto de mi vida ¿no?, con muchas restricciones y dieta, un cambio de vida total.

a) Pues como me mandaron con... al Centro Médico a hacerme análisis, y allí cambian los médicos, los van rotando, pues me tocaron diferentes médicos y con los análisis, ya se veía."

9. "Pues sí me dió tristeza, porque pues este no, no, no fumo y de que todavía tener la dieta de la comida pues si sentí tristeza pero ya me acoplé, ya me acostumbré más o menos."

10. "Al principio casi no llevaba casi yo la dieta, me cuidaba de no tomar mucho refresco y eso, pero no, no llevé la dieta como debía, como me la han indicado y me la han explicado aquí en el Centro Médico, no. A mí me dan mi dieta: no coma dulces, no coma refrescos."

11. "Si, ahora, ultimamente si, ya bajé 5 kilos, y ahora ya los subí porque ya como un poquito más, como me hacen el dextrosis en la mañana y en la noche, estoy viendo que saco 109. Y como veo que tengo 105, 109, 115, quiere decir que estoy dentro de los límites, estoy comiendo más o menos, no me hace daño lo que como; pero me hace daño porque he subido un poco de peso, tengo que bajar."

12. "No, yo casi siempre vengo con mi esposo y él viene a las pláticas, nos hace muy bien porque cuando saben que es uno diabético todos: no comas esto, no comas lo otro, no puedes comer esto, y lo acosan a uno ¿no?, entonces aquí viene mi esposo, ya sabe lo que puedo comer ¿verdad? y lo que no debo comer; pero mis hijos lo saben: y no comas una tortilla, no comas...nada de pan, no comas... " Y que siente cuando le dicen así? "Pues, le digo, no pues es que sé que no están enterados pero tengo a mi marido que les dice: Si, si lo puede comer, se puede comer esa tortilla."

13. "Pues en lo general bien."

14. "Pues me tratan bien, como saben que es una enfermedad que no es contagiosa y es limpia ¿no? además depende de su alimentación de uno."

15. "Pues bien, bien bien me quedo satisfecha y ya tengo más variación, ya aprendí a variar más mis alimentos con los sustitutos ¿no?, los sustitutos que dan de la dieta ya aprendí más a manejarlos, ya como mejor, y ya me siento mejor, más tranquila sobre todo porque estaba yo muy estresada cuando sabía yo que tenía yo tan alta la azúcar, cada vez que me hacían análisis sufría yo, me venía una depresión tremenda porque no me bajaba el azúcar. Pero ahora yo estoy más tranquila porque veo que ya estoy casi en las cifras normales ¿verdad? y que como bien, como mejor y ya me acostumbre también a comer lo que debo de comer."

16. "Pues no como antes, porque, antes trabajaba yo mucho y ahora yo estoy jubilada. a) Si ahora estoy más descansada en mi casa, ya todos mis hijos se fueron, ya nomás somos mi esposo y yo. b) Los quehaceres propios del hogar ir al mercado y pus salir a la calle así, con mi esposo, algunas cosas que se ofrecen."

17. "Pues sólomente con mis familiares" "Pues e platicándoles de como me siento, sobre todo cuando me sentía yo muy mal y ahora, que ya me siento mejor."

18. "Pues yo creo que sí. Porque ahora procuro no enojarme, procuro no hablar para no provocar discusiones que sé que me van a hacer enojar y he comprobado que cuando me enojo me sube la glucosa."

19. "Pus cuidarme lo más posible ¿verdad?, para, pus estar lo mejor posible mientras vive uno."

20. "Pues no, ninguna, nada más le pido a Dios que ojalá la insulina la inventaran, yo creo que más adelante, tomada porque pues inyectada, pues son muchos piquetes ¿verdad?"

a)Pues quien sabe, a través de los años si se llega a descubrir algo, pero por lo pronto, no."

21. "Yo creo que si es muy, este, es muy importante lo emocional, porque el stress, coraje, sorpresa, angustia, este, pues sufre el metabolismo, ¿verdad? inmediatamente le sube a uno la ... se altera todo porque inclusive hasta el colesterol, me decían que si había estado yo estresada, con algún pendiente, o algo, porque me había salido un poco alto y entonces me van a observar para ver pues si fué eso, o necesito medicamento."

22. "No"

23. "Si, me han dicho que el nopal, que algunas hierbas son hipoglucémicas como el xoconostle, el este, una hoja que se llama guarumen o chancarro y otras yerbitas que dicen que son buenas para bajar la azúcar."

ENFERMO No. 1 EDAD:42 SEXO:FEMENINO

ESTADO CIVIL: SOLTERA OCUPACION: CAJERA

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE SER DIABETICA: 8 AÑOS

1. "Porque se me puso la vista muy borrosa, no veía casi nada, y ya me hicieron un exámen y vieron que tenía yo 420 algo así, de glucosa alta y me dieron tolbutamida pero no reaccioné a eso, este, me internaron dos días, me aplicaron insulina rápida y me dieron de alta y luego empecé con glivenclamida".

2. "La primera sensación no me preocupó, la verdad no, pus ya dije bueno, ya es diabétes, este, mi familia, la mayoría son dulcecitos (se ríe), y no me preocupó porque ya también ya lo venía venir con la obesidad; yo he sido obesa de nacimiento, pero pus una obesidad mal cuidada, soy de pueblo y entonces decían "la gordita". La primera vez no sentí, este, no le empecé a dar importancia, no empecé a llevar la dieta que aplicaron no. Seguí mi vida normal, este había sufrido una depresión, entonces también me dedicaba a dormir y a comer porque toda mi vida yo he hecho mucho ejercicio, y dietas, entonces tenía yo una depresión muy fuerte y había dejado dietas, había dejado ejercicio y estaba totalmente deprimida y tal vez por eso no le dí importancia.

Me la pasaba durmiendo, no tenía ganas de nada, fué un problema como se dice? amoroso (ríe) entonces quedé muy mal y de ahí deje de hacer todo todo. Me dedicaba a dormir y luego empecé a tener fobias." ¿que tipo de fobias? "a estar sola me vino una depresión tan fuerte que oía yo voces. Oía una voz que me decía mátate mátate y entonces tenía que correr y decirles: no me dejen salir cierrrenme porque me voy a matar estoy escuchando la voz. Me daba miedo estar sola en un cuarto tenía que dormir con alguien y a media noche o a cualquier hora me daba por llorar y sobre todo miedos. Empecé a tenerle fobias a los lugares cerrados. Al metro. En el temblor quedé atrapada y empecé a tenerle fobia. Cuando viajaba era super angustioso porque todo lo que sea cerrado que yo no pueda abrir me da angustia. Ya he mejorado, ya viajo, ya duermo sóla ya muchas cosas pero de esa depresión me vino ésto."

¿En la actualidad que ya conoce su enfermedad como se siente? "Después ya me vino preocupando mi enfermedad porque empecé a oír mucha publicidad, o información de que pues afectaba el corazón, el riñón, la vista, y sobre todo en la vista fué donde me dió mucho miedo, de llegar a perder la vista y empecé a sentir también los estragos de la enfermedad: sentir cansancio, ciertos calambres, mi riñón que me dijeron que estaba drenando proteínas o algo así, ya me preocupó muchísimo y empecé a tener cuidado."

3. " Sí, tengo pavor a perder la vista, en noviembre del año pasado estuve internada, para hacerme estudios sobre mi obesidad y sobre la diabétes entonces tuve una dieta de 800 cal. y me aplicaban insulina rápida(...) pero al salir tuve una descompensación porque salí completamente ciega; dijeron que es por la dieta tan estricta y tan rápida que se reflejaba y me dió mucho miedo. Ahora ya me siento mejor, ya tomé consciencia que tengo que cuidarme al máximo o sea obesidad y diabétes.

4. "Me siento muy optimista, me siento muy bien o sea, osea casi desde que empecé a que me tratara el dr. Solís , que fué en octubre a la fecha pues no se ... sus, ¿cómo le diré? sus regaños, y venir al club me ha dado mucho optimismo se puede decir de que no me voy a morir ciega (...) quiero volver a hacer ejercicio , ya mi dieta la empecé a llevar me da gusto porque he empesado a bajar 1 K 1/2 y eso me motiva a seguir."

5. "Pues la reacción de mi familia, pués sobre todo de mi mamá, se preocupó mucho porque ella ha sufrido diabetes desde hace como 15 o 17 años, pero ella también no se la ha cuidado, entonces siempre está internada y pues piensa que voy a estar igual. Toda la información que tengo se la estoy pasando a ella. Y de lo amigos, pues como siempre he sido obesa pues siempre cuando me invitan a comer, pues que la dieta, que ciertas cosas no tengo que comer, cuando voy a sus casas tratan de tener verduras y cosas así y también entienden que no puedo tomar más que tehuacanes, si me comprenden, les platique de las depresiones que empieza uno a sufrir y que el dr. me dijo que es por la insulina, por la misma enfermedad."

6. "Si yo no he notado ninguna, bueno, si hay ciertas, por ejemplo que no puedes comer pastel, que ella no puede comer esto, o sea si hay cierta, como cuidado no?" ¿hubo rechazo? "no rechazo no no rechazo hasta horita no. Una cosa que si también le voy a decir a mis amigos, amigas, a la gente de mi trabajo yo les he ocultado hasta que vengo aquí; se lo dije a la trabajadora social porque el jefe de personal, vi como trató a una persona que tenía diabétes, la relegó vaya, a raíz de eso yo me he cuidado mucho en el trabajo de no comentar que he tenido diabétes." ¿Hay limitantes en el trabajo? "Si si encuentro limitantes, luego hata dice uno si es diabético haslo enojar pa que aver si aí se muere o aveces se le sube la glucosa. Y gente que no son mis amigos jamás he comentado que tengo la enfermedad."

7. "Que puedo mejorar si me cuido, aunque no llegue a curarme"

8. "Si, he buscado medicina naturista, este hiervas, amí todo lo que me dicen que este, que el chancarro, que este el palo azul que el nopal, que el xoconostle, la sávila, todo todo yo lo he tomado ." Incluso estuve con la medicina natural pero la doctora que me trataba de mi clínica familiar me dijo no vayas con gente naturista porque te quitan todo pero luego viene el rebote, y me sucedió y me internaron.

9. "me deprimí, me deprimió mucho el día que me dijeron que tenía que recurrir a la insulina. Ahí si sentí algo muy feo." ¿qué es eso feo? "algo que le podría yo decir, bueno esto es el final a lo que un diabético llega no? y a lo mejor pierdo la vista como se ha comentado, pero hay tanta información o mala información acerca de eso que la verdad si he tenido miedo.

10. "No, lo que yo siempre he comentado, que la dieta no la puedo llevar como la indican aquí porque yo empiezo a trabajar a las 7 de la mañana y salgo a las 3 de la tarde entonces yo voy llegando a la casa de ustedes a las 5, o sea yo desayuno a las 6 de la mañana y de ahí a las 5 de la tarde que como.

11. "A últimas fechas, sí, bueno medicamento siempre, en dietas ya le dije y hasta ahora últimamente."

12. "No yo vengo sola"

13. "Muy bien , muy bien, yo soy una afortunada, estuve becada, yo les vivo agradecida al seguro social porque los he hecho gastar millones y en todas partes me han tratado muy bien".

14. "Como le digo, mis amigos con mucho cuidado con los alimentos"

15. "Pues bien así ya no me dan dolores de cabeza como antes."

16. "Hubo días, que me sentía yo muy mal, me sentía morir, y sentía que no rendía yo lo mismo además el carácter como que se agrió un poco, o sea, me hacía un poco agresiva, el trato a la gente, se me ha borrado la sonrisa que dicen que siempre tenía. Me he vuelto muy agresiva."

17. "No ya veo que no, ni en el trabajo, ni con la gente que acabo de conocer, bueno aquí, como porque todos somos diabéticos, con los médicos, con el grupo de amigos que tengo mucha confianza que me han conocido de toda la vida y así pero a la demás gente no."

18. "Si, si ha cambiado mi forma de ser, o sea, positivamente últimamente que he tomado conciencia, que tengo que cuidarme, que es una enfermedad incurable y que se puede vivir sano si uno quiere, sobre todo si uno quiere."

19. "Pues si, hasta cierto punto, ya le dije cuidándome con optimismo, tratar de no deprimirme, de ver los adelantos científicos o médicos, que no soy la única en el mundo, que es una enfermedad que a todos está atacando constantemente, que todo mundo puede vivir, hay gente que lleva 20 ó 30 años viviendo."

20. "Si si, pienso que hay muchos adelantos, y ahorita tenemos el glucómetro por ejemplo que usted ya no necesita del laboratorio sino que uno ve tres o cuatro

veces al día, porque se siente mal cuando está en acetonas, le enseñan los médicos cuándo uno está acetónico. Entonces hay muchos adelantos."

21. "Ah, definitivamente; hay muchas dudas por ejemplo, en el tipo sexual que muchas veces el endocrinólogo no lo puede sacar de dudas. Entonces definitivamente la ayuda de un psicólogo es importantísima. Hay muchas preguntas que a veces podría decir porqué me deprimó y todo, definitivamente la ayuda de un psicólogo entra definitivamente en un diabético, preguntas del tipo sexual." ¿para usted es importante este punto? "si".

22. "Si, si cuando tuve mi depresión, estuve con una psicóloga, que se llama Lilia López, que se puede decir que fué la que me sacó a flote, durante mucho tiempo me dió "mellelí" ¿ya le aplicaba medicamentos? "Sí, y otras cosas que no funcionaban.

23. "Si, como le dije la medicina naturista que he tomado."

24. "Bien, si bien, yo siempre he dicho que todo lo que yo pueda cooperar, o sea, tengo el pensamiento, la idea o como se pueda llamar, de que si algún día mi cuerpo sirviera a la ciencia, yo lo donaría con mucho gusto, porque trato de evitar que la gente sufra lo que yo ya he sufrido, tanto emocionalmente como con esta obesidad, con esta diabétes, aquí dicen que se donan órganos yo estoy en la mejor disposición de donar toditito mi cuerpo, si eso ayuda a la ciencia médica a que otra gente, otra generación encuentre algo.

25. "Pues que se antes que nada, que ellas quieran cuidarse, que ellos se quieran porque nadie quiere a nadie. Osea nadie se preocupa por uno más que uno mismo. Si usted me dice como médico debe hacer esto y esto, pero si yo no lo quiero pues sus palabras van al vacío antes que nada uno tiene que estar conciente de su enfermedad, de que quiere vivir, de que ama la vida, porque así le pueden dar todos los medicamentos del mundo y terapias y si uno no quiere, nada progresa.

ENFERMO No. 4 EDAD: 53 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA OCUPACION: JUBILADA DE
MEDICO GENERAL

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE SER DIABETICA: 20 AÑOS

1. "Bueno, primero se me sentí, tuve una impresión digamos llegaba yo de trabajar, en ese momento llegó mi niño de 3 años, me pidió permiso para salir a jugar, yo vivía en una privada, y le dije que sí y en ese momento yo oí un enfrenón de carro y en ese momento creí que era mi hijo el que había sido atropellado, y me vestí, salí corriendo y efectivamente era un atropellamiento, pero de otra persona, de una persona ya mayor que estaba ebria pero en ese momento, ya el susto ya lo había sufrido. Días posteriores empecé a tener un dolor muy intenso de cabeza, que no se me quitaba con nada. Pero yo como recordé que tenía antecedentes diabéticos, le dije a mi esposo que es médico también que me iba a hacer una glucosa y salí con la azúcar muy elevada."

2. "Pues me asusté, en ese momento sentí mucha tristeza, porque pensé ya desde ese momento ya soy enferma, conocía el padecimiento."

3. "Pues sí si me siento triste; si me siento aveces triste, aveces trato de superar eso, hay ocasiones si, no lo niego sobre todo cuando tengo alguna descompensación, entonces..."

4. "Bueno me he sentido muy mejorada porque yo en 1985, digo, a pesar de ser diabética, hace tiempo, me había estado controlando con pastillas, posteriormente con insulina desde hace 11 años y en el 85, hace 7 años más o menos, me operaron de la matriz me hicieron histerectomía, me quitaron los ovarios, desde entonces empecé a ver que mis descompensaciones eran más seguidas y mas continuas y eso me hizo bastante daño y que tuviera complicaciones en los ojos y el riñón y pues en el corazón, además por la antigüedad de mi diabétes, que ya son cosas de la evolución de la enfermedad."

En este momento ya me siento un poco mejor porque me acaban de dar terapia sustitutiva con estrógenos que era lo que me faltaba y empecé a ver un poco mejor aparte con las pláticas que he venido aquí con el dr. Solís que me ha ayudado bastante, aquí en el club de diabéticos, porque me han enseñado a ser ordenada cómo llevar la dieta. Desde el punto de vista anímico y desde el punto de vista del tratamiento me siento muy bien.

5. "Pues este, claro, este pues les dá tristeza, se deprimen tengo un hijo que es médico y cada vez que me ve que estoy descompensada se preocupa bastante, también tengo una jovencita, que está terminando su carrera de sociología y también se preocupa bastante cuando estoy descompensada."

6. "Pues es que estaban muy chiquitos, porque yo ya tengo muchos años. Estaban muy chiquitos cuando yo tuve diabétes, osea prácticamente toda la vida lo han sabido."

7. "Bueno yo pienso que venimos al mundo, pues lógicamente nacemos, nos reproducimos y morimos, en algún momento tiene que llegar la face final, claro que también pienso que la vida se debe de vivir, a lo máximo digamos desde el punto de vista sin abusar de ella ¿no? vivir digamos con plenitud pero sin llegar a los abusos, donde uno se sienta satisfecha, entonces yo digo que debemos estar concientes del tipo de enfermedad, que tenemos que cuidarnos de tal o cual cosa pero no por eso nos vamos a deprimir o dejar de hacer cosas elementales que es posible sobrellevar una enfermedad y seguir viviendo dentro de la sociedad ¿verdad? con ciertas limitaciones se puede llevar."

8. "Pues yo supe que esa diabétes sabía más o menos la gravedad de la diabétes, que entre más jóven se presenta en la persona, es más grave y que si no lleva uno la dieta y si no se cuida uno de las infecciones, y que no lleva una dieta metódica, pues le va a ir muy mal ¿no?"

9. "Pues no me cayó muy de extraño, porque ya tiene ya mucho tiempo que yo la practico porque desciendo de una familia diabética, mis padres eran diabéticos, y yo prácticamente me he desarrollado dentro de una familia de diabéticos. Me ha costado un poco de trabajo porque soy muy golosa, estaba acostumbrada a comer en exceso, pero este, me ha costado trabajo cambiar mis actitudes digamos de alimentación y cuando supe de eso dije: no hay más remedio tengo que hacerlo, si quiero vivir, tengo que hacerlo."

10. "No porque por ejemplo los medicamentos los llevo al pie de la letra, desde que me dicen haga esto, yo lo hago al pie de la letra. Con respecto a las dietas, si hay veces ahora que me aplico insulina fácilmente tengo alzas y bajas muy elevadas entonces aveces me baja tanto la azúcar con la dieta, que sí tengo que comer un poquito más."

11. "si hago caso, aveces caigo en hipoglicemia y tengo que desobedecer lo que se me dice" ¿por qué hace caso? "Bueno ellos nos dan una dieta la cual debe ser rígida hasta cierto punto pero en ocasiones cuando se lleva esa dieta bien y tiene que aplicarse insulina, entonces aveces baja la azúcar."

12. "Bueno generalmente vengo con alguien que me acompañe porque como me falla mucho la vista y me siento mal cuando no tomo alimentos, o no sé en que momento del día me pueda bajar la azúcar. Me acompaña mi sobrino que tiene más tiempo."

13. "En realidad todos muy bien, no me puedo quejar de ninguno."

14. "Pues por lo general todos me tratan bien con cierta consideración, me tienen cuidado. Cuando dejé de trabajar si había compañeros, que por ejemplo, me

cargaban mucho la mano con el trabajo pero yo no les decía nada a sabiendas que había tenido una hemorragia del cristalino. Una vez dijo un compañero: si te mandaron a trabajar se supone que estás valorado para trabajar y sacar el trabajo, nimodo."

15. "Pienso que he mejorado, porsupuesto porque ya me han bajado la glucosa ¿verdad?, y trato de poner de mi parte para que no se me, para no comer de más, trato de concientizarme de que no debo comer de más."

16. "Bueno hasta hace dos años, yo laboraba como médico, tengo dos años de estar incapacitada, ya está en vías mi pensión por invalidez, pero mis labores en la casa prácticamente las sigo llevando como siempre." ¿dejó su trabajo por la enfermedad?

"si como no" ¿que actividad desarrolla? "ama de casa."

17. "Si se lo comento a cualquier gente porque no considero que sea una enfermedad vergonzosa. Claro, con todas las personas que pienso yo, que lo necesitan, o que tienen antecedentes de diabétes, o que están obesas o que estan continuamente en trabajos estresados y si les he platicado de la enfermedad."

18. "No, creo que no, pues últimamente si he tenido las secuelas de los ojos y me siento muy mal aveces, si he cambiado o cuando cuando me baja la azúcar si me aitero, me pongo de malas. Cuando me baja la azúcar quisiera devorar todo en ese momento pero luego se me quita."

19. "Bueno, yo pensé, yo pensaba que no iba a llegar ni a los 50 años, yo pensaba que me iba a morir a los 40, 45 años, que era el límite de mi vida hasta ahí. Pero veo que Dios me está dejando un poquito más. Se lo grave que es la enfermedad, lo dificil que es controlarse y aveces es casi imposible evitar todas las complicaciones que deja la diabétes."

20. "La esperanza es la que muere al último, pues sé que es una enfermedad multifactorial, que existen muchos factores que la ocasionan, entonces, es mucho lo que tiene uno que abatir al mismo tiempo ¿no?, de controlar al mismo tiempo, pero por ejemplo la cosa de los genes no lo puede uno alterar."

21. "Claro que sí, porque fácilmente; como es una enfermedad incurable, y que deja muchas secuelas, sobre todo que se quede uno ciego totalmente. ¿ Para qué sirve uno ciego totalmente? para nada, es uno un estorbo, o que se quede uno paralítico, menos mal cuando uno fallece , deja uno de existir, ya no le da problemas a los demás, pero eso de andar causando lástimas, a todo mundo pues no estoy de acuerdo en eso."

22. "No, bueno una vez tuve una plática con un psicólogo, me dijo que tenía yo que aprender a vivir con mi enfermedad y eso fué todo."

23. "Si, se la dieta, el tratamiento con medicamentos, ejercicio físico. Sobre remedios pero no les creo pienso que las dietas con fibra son muy beneficiosas. Cuando uno come nopales, come pepinos o vegetales, yo pienso que es lo más correcto, que ayuda a controlar."

24. "con mucha confianza".

25. "Muy buena, si, pienso que nos preguntan preguntas claves que nos sirven para entender nuestra enfermedad."

26. "Que hay que vivir la vida pero que hay que vivirla bien, con la mayor satisfacción posible siempre pensando en no maltratar nuestro organismo. Es una obligación de los padres educar a los hijos, desde el punto de vista higiénico, dietético y psicológico. Le aconsejaría a un diabético que si se sabe cuidar pueue vivir hasta 30 años o más incluso morir después que una persona sana."

ENFERMO No. 7 EDAD:31 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA OCUPACION: HOGAR

TIPO DE DIABETES: I TIEMPO DE PADECERLA: 3 AÑOS

1. "Tenía medio año y empecé los síntomas del diabético pero para mí era totalmente desconocido porque nadie en mi familia la padece y este, yo estuve viendo a un ginecólogo y este, yo quería embarazarme, pero que fuera un embarazo normal, estar preparada y yo le decía los síntomas que tenía pero él nunca mandó hacer unos análisis. Total que mi esposo pensó que yo extrañaba a mi familia de Chihuahua y dejó irme. Después de 6 meses me sentí más mal y fui a ver un doctor y me hizo un análisis y me dijo usted es diabética."

2. "No no este, me era totalmente desconocida para mí, en ese momento no le di importancia porque no sabía lo que era. En ese momento no, ese día tal vez no. Ya me trasladé de Chihuahua aquí, me dijo el doctor la dieta y tal vez tenga que usar insulina, entonces sí fué un golpe para mí. Ya entonces sí lo que, entonces fué ya cuando me empezó a doler y me estuvieron controlando con pastilla. Yo como recién casada, dije ya no voy a poder tener un hijo porque, ya voy estar toda la vida enferma. A partir de entonces ya me dijeron de la insulina, sentí coraje, decía porqué, porqué a mí, entonces sí me pregunté muchas veces, porqué, qué hice, porqué me pasó esto."

3. "Sí, sí pues tengo miedo, porque por ejemplo, que los escucha uno que dicen de lo que pasa, que hay un enfermo que tiene esto y lo van a... y que está muy grave, entonces me da mucho miedo que a mí sea lo que me pase, y así ya me afectó la vista. Ya estuve ciega como dos meses, entonces sí está medio... como para pensar qué más sigue ahora, que más me pueda pasar."

4. "Esque yo he tratado de llevar la dieta, ¿verdad? si puedo pero yo... es mi diabétes es tan inestable porque no logro estar controlada todo el tiempo, un tiempo en tiempo, porque me checo tres veces al día y me sale bien pero luego me sale mal el nivel. Entonces eso me desespera y digo yo voy a aceptar la enfermedad pero cuando veo esos fenómenos que pasan digo, si yo llevo la dieta ¿porqué no me controlo? y si me desespero bastante."

5. "Pues mi familia, yo nada más vivo aquí con mi esposo y mis suegros y cuando voy allá, sé que mis papás sufren cuando yo les digo que estoy un poco mal o amanecí un poco mal, yo sé que ellos lo sienten. Y hay veces que no les digo todo porque sé que se van a preocupar y ellos ni me están viendo y alomejor les

digo y al rato me siento bien. los de mi familia no me presionan, saben que si como o deajo de comer la única que puede pasarle es a mí."

6. "Si todos tratan de darme ánimos, de que no soy la única pero sí. rechazo para nada."

7. "La verad muy mal y más que todo por la niña que está chiquita y es lo que me duele, que me pase algo y que deje a mi hija; y como en la noche me bajó la azúcar, sí me deprime porque se que los que tienen problemas serios pues digo pobres, ojalá salgan adelante pero si estoy entrando en casos así, pues si me duele."

8. "No pues ya cuando me dieron los análisis, el doctor que me vió pus ya estaba dicho, nada más me cambió de dr., pero no no busqué."

9. "Pues alomejor nunca comía tanto, pero en ese momento sí sentí porque ya me pasaban a restringir, entonces por eso me dolió pero no porque comiera asi mucho. Como cuando en la calle, voy con mis amigas a tomar un café, yo ya no puedo comer a la hora que quiero comerme algo y me siento mal."

10. "No al principio estuve un poco renuente porque era enteramente desconocido. Ahora si, mi esposo me ayudó mucho porque al verme tan desesperada me respondía mis dudas. Me ayudó a que no tuviera rechazo por la insulina."

11. "Pues que hasta ahorita recuerde si."

12. "Aveces viene mi esposo, no entra, conmigo porque se queda afuera con la niña y hay veces que vengo yo sola porque no puede."

13. "Yo nada más aquí he venido con el Dr. Solís y ha estado muy bien, no tengo quejas."

16. "Hay veces que me canso mucho, cuando creo que la tengo alta, hay veces que de hecho se manifiesta alta, me canso mucho o me desespero así muy fácil y cuando la tengo baja, también."

17. "Si yo siempre les digo, si salgo con una amiga, le digo porque he presentado así, convulsiones, pus quiero que me ayuden y yo si a las personas que están cerca."

18. "Si, si porque me deprimo muy fácilmente ahora, si, hay veces que me da coraje por cosas que a lo mejor no es lógico que me enojo tan facilmente por una cosa que como ahora y no quiero que otra persona se enferme, pero también yo ¿porqué estoy así?"

19. "Pues en lo que estoy todavía, tratando de mantenerme y ayudarme, por eso

asisto a las pláticas porque quiero ayudarme, aprender acerca de todo acerca de la enfermedad."

20. "Creo que sí pero más que nada, yo lo desearía con toda mi alma. Creo que sí pueda haber." ¿si hubiera la cura se sometería a tratamiento? " Si porque alomejor no tanto por mi, por los niños que en el futuro pueda haber halgo; es una enfermedad alomejor si como cualquier otra pero que la vengan padeciendo desde niños... pues."

21. "Si porque yo por ejemplo digo que a mí si me ha hecho falta de que alguien me ayude, porque yo si entiendo cuando alguien me dice las cosas, y más o menos me ayuda porque digo total, tienes razón."

22. "No." ¿le gustaría? " Si me gustaría, ya una vez tuve un problema con mi esposo, porque yo aveces me enojo, porque no llega, o llega tarde, me dice es que tú nada más estás pensando en tu enfermedad y siempre salen conque yo ayude. me enojé con mi esposo porque buscó un amigo a espaldas de mí, yo le dije: ya no voy porque es cuando yo quiera no cuando alguien me lleve. Pero sí hemos buscado porque el también debe saber todo lo que nos rodea."

23. "Sí, ahorita no recuerdo los nombres pero sí me han dicho que hay que tomar el té de hierbas, o tomar lo otro. Acupuntura, pero no, como me dijo un médico: ésto, ni el brujo más sabio lo va a quitar."

24. "Bien, a mí no me ofende, porque he escuchado personas que no les gusta hablar, pero a mi no."

25. "Pues que le sirva a usted para sus fines, que ojalá algún día pueda haber para un futuro una cura, un algo. Yo que tengo 3 años estoy desesperada , ahora los que tienen más tiempo y problemas serios, pues pesa más sobre ellos."

26. "Esque yo no puedo porque yo he sido medio desesperada, pero dentro de lo que cabe he aprendido pués a escuchar a los demás y hacer caso de lo que dicen y no tomarlo a la ligera, pues que si como algo de más la única perjudicada es la diabética. Nada más tener mucha fé y cuidarse."

ENFERMO No. 2 EDAD: 55 AÑOS SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: CASADO OCUPACION: EX CHOFER FORANEO

TIPO DE DIABETES. II TIEMPO DE PADECERLA: 16 AÑOS

1. "A partir de la pancreatitis que tuve, ya quedé diabético. Yo no era diabético pero a partir de eso, porque me extrajeron el páncreas."

2. "Pus que sea lo que sea, pus cuando menos estoy vivo ¿no? , pero usted sabe que un 90 y tantos % , se van y mínimo se queda y en ese caso, yo me conformé, que sea lo que sea." ¿pero no sintió... ¿porqué ami? "Pues no dr. viera que no, hasta eso, que yo me conformé, y de so voy a cumplir 16 años."

¿No sintió miedo ni ahora? "No hasta la fecha no siento miedo, ni temor, al contrario, yo les digo a los compañeros que no tengan miedo, porque muchos piensan que se van a quedar ciegos, pero lo principal a lo que le tienen miedo, a la insulina, entonces les digo miren no se espanten, no es para tanto ¿no? yo me estoy aplicando cantidad de insulina, porque me estaba aplicando 35 unidades en la mañana y 35 en la tarde, dr. es muchísima insulina."

4. "Pues ahora ultimamente me he sentido un poco decaído dr., me he sentido mal, incluso ahorita le dije al doctor, me he sentido muy nervioso."

¿Cuando le da esa sensación de nervios? "Pues e hasta para llegar hacer mi dextrosis, por decirlo así siento temor (tituvea), tengo así y después de que como también, como cuando me falta el alimento me siento nervioso pero yo pienso que ha de ser porque la insulina ha de estar trabajando, y le falta alimento, o se malpasa uno ¿no?."

Ultimamente si he sentido eso, anteriormente yo yo veía accidentes y nunca sentía nada, y ahora ya me siento muy mal, ya ver sangre siento medio feo ¿no?."

5. "Bueno yo estuve internado durante 100 días, aquí en el Centro Médico, en el 77, entonces para ellos fué una cosa muy dura dr. porque ya les habían anticipado todos los médicos, de que se conformaran porque ya no, era imposible que me salvara ¿no?, peor con esa pancreatitis aguda que tuve, que me tuvieron abierto durante mucho tiempo por una infección. Para ellos fué una cosa muy dura, pra toda mi familia, yo estaba resignado. Es más en ningún momento pensé ni tantito así que me iba a morir." ¿Nunca pensó en la idea de morir? "Nada, a pesar de que me hice amigo de muchos doctores de aquí, y ellos mismos me decían : mira a éste lo acabamos de operar, se nos va no nos dura ni 8 días, y si veía cómo se iban llendo, llendo y yo, quedando dr. Nada más el nerviosismo y me siento muy tenso, pero últimamente."

6. "Bueno por con compasión ¿no?, porque yo cuando entré al hospital, entré

pesando 96 kilos, y cuando salí pesaba 51, pero yo era grueso, pus todos me veían y me decían: cómo es posible, qué te pasó? y ya les platicaba de mi caso. Cada año me han operado, cada octubre, llevo como 9 o 10 operaciones, pero el día que me paso en octubre tuve una fuerte depresión, que sería por tantos problemas que se nos juntaban."

Pero me tratan igual, si, mi familia, todos, todos, me aprecian mucho, todos bien, incluso yo me di valor, y pensando que estaba en deuda con don Chuy, dije pues, yo le debo algo y voy a hacer algo por él, y hasta esforzándome, me puse a hacerlo, a levantar una iglesia que se llama Nuestra Señora del Cármen. Perc la gente me aprecia tanto, me quiere tanto que me pide que vuelva porque ya se compró otro terreno para otra iglesia, y no le hacen nada porque no estoy. Y todo el mundo me aprecia por ese lado estamos tranquilos viviendo."

7. "Pues dr., yo ya me resigné ya van para 16 años y ya que salí de ese problema vivo más tranquilito, ya todo es ganancia, me conformo, no me da miedo ni tengo miedo, incluso cuando me dicen: te vamos a internar ok, estoy contento aquí como tengo muchos amigos doctores aquí."

8. "No, aquí nomás en el centro Médico he sido atendido, pero he hestado en otras clínicas pero no lo atienden a uno. Yo pienso que aquí lo manejan a uno a otro nivel, entonces yo me siento más seguro aquí."

9. "Nada. No fijese que no dr. Lo he aceptado, hasta la fecha yo me he concervado todavía ya que subí de peso ya me normalicé de mi peso y estoy igual, igual. Yo aceptaba la dieta, la aceptaba."

10. "Bueno, soy alérgico, en dos ocaciones me aplicaron una ques la dipirona y luego la tomasilina, soy alérgico a esos dos medicamentos fuera de eso lo que sea, todo lo he aceptado, todo lo que quiera, estoy en sus manos."

11. "Así es dr. pues por ver simplemente cuanto podemos aguantar o hasta dónde podemos llegar (rie) no?"

12. "Ahora vengo con mi esposa que me pidió que vinieramos a estas pláticas, que trajera a alguien, pero casi siempre yo sólo y aveces me internaban y yo nada más les avisaba por teléfono."

13. "Maravilloso, no puedo quejarme de ningún doctor, muy buenos conmigo. Si ya de tanto tiempo me conocen y estoy muy agusto como si estuviera vacacionando."

14. "De maravilla Dr. todo mundo, mi patrón, incluso cuando yo estuve internado el casi diario estaba aquí todo mundo venía, estuve 6 días en terapia, mi patrón hasta se vistió de médico (rie), para poder estar ahí, nunca me dejaban, muchos médicos me llevaban al jardín."

16. "Ya no trabajo Dr. ya no trabajo pero si me gusta estar activo, como todos mis hijos tienen carros, voy con ellos para hacer algo de ejercicio, yo llevo todo el papeleo y mis hijos se dedican al trabajo con los camiones."

17. "Si, bien, rechazo no, al contrario dr. creo que les ha servido pues, como le vuelvo a repetir, yo les animo, les digo todo lo que me pasó y creo que se sienten mejor con esas pláticas que yo he tenido con ellos y así ya no temen a sus enfermedades también."

18. "Pues no, no dr. he sido igual, siempre he sido fuerte de caracter y orita, el único cambio, el que le digo."

19. "Pues no Dr. yo lo acepté, yo lo acepté."

20. "Pues yo sé que ya no se alibia uno, unicamente se controla." ¿Cree que logren descubrir? "como la ciencia va muy adelantada y probablemente a lo mejor con el tiempo pueda haber algún pancreas que descubran ellos no?" ¿y si lo descubren usted...? "porqué no dr., si si si lo aceptaría sí me pondría en las manos del médico aunque sea para que practiquen conmigo, no tengo miedo." ¿y que haría si se lograra? "Pus principalmente pus darle gracias a Dios porque ya volvería a ser otra vez normal darle gracias a Dios y seguir adelante pues."

¿cree que cambiaría su forma de ser si se volviera normal como usted dijo? "pues en realidad mucho mucho no ha cambiado mi vida porque casi yo la he llevado normal, no me he espantado, no me he achicopalado (rie), yo lo he aceptado todo."

21. "Claro que si, claro que sí."

22. " No hasta horita no, no pero con esto de los nervios que últimamente he sentido , he querido , he pensado ver algún psiquiatra algún psicólogo para platicarle mi problema, porque de mis heridas, hechar una platicadita con ellos verdad?."

23. "No, no, no, nada, no, nada deso."

24. "No pues, muy bien dr., yo quería, amí me gusta también ser amistoso como dice ahí no? Tengo cantidad de amigos, la prueba está que le digo que doctores, enfermeras, todos me hablan, todos me saludan, soy muy amigable y me pareció bien, me gusta estar con ustedes, platicar y si en algo les puedo servir, ¡ hombre ! estoy para servirles , estoy para eso."

25. "No, no, pus está muy bien"

26. "Pus darle ánimos, estar con él, convivir con él y platicarles las experiencias que tuvo uno para reanimarlo. Que le den confianza, que está en buenas manos,

que hay muchos adelantos que no tenga miedo, no es por nada pero yo que voy para 16 años , he pasado por todo, usted sabe que con tantas cosas pus ya se las sabe uno de todas todas. Echelen ganas, no se achicopalen y adelante."

CINCO ENTREVISTAS ELEGIDAS AL AZAR QUE SE EFECTUARON A
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL GENERAL.

ENFERMO No. 4 EDAD: 76 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA OCUPACION: AMA DE CASA

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE PADECERLA: 3 AÑOS.

1. "Porque me hicieron los análisis que iba yo, y ahí fué que me encontraron, así se que me empezaba o ya. Yo no sentía otra cosa más que agarraba así como mucha desesperación, o así unas ganas de llorar me agarraba, o será otra cosa. Pues por allá en Chiapas como uno se cura y no pue unos doctores que le dicen la verdad y otros que... sí, hasta que vine aquí y me iban a operar y ya supe que eso era."

2. "Pues yo sentí tristeza porque nunca, así esa enfermedad que dicen que ya no tiene ya remedio, pues, esperando ya (rie)." ¿Cómo fué esa tristeza? Pues, pues le da a uno de que va uno a dejar a su familia, que va uno a dejar a sus hijos."

3. "Bueno, ahorita con tanto que estoy tomando, si me decido ya no. Me siento un poquito bien." Ya se siente un poco más recuperada? "Sí, sí, sí."

4. "Bien ya, tomando ahí lo que me digan porque uno por verse un poquito mejor por querer sanar creo que no, porque uno ya nomás se está controlando."

5. "Pues mis hijas les da pena pues y me dicen este que yo haga lo posible de lo que me digan pues que yo lo tome. Y ellos también así cuando saben que alguna toma son buena, así como el nopal no sé con que otro estoy tomando dicen que 9 días lo tome yo. En ayunas me tomo un vaso , y ya ahora me siento más baja porque estaba yo subida de eso. Mis familiares me cuidan lo mas que se pueda, que uno con las criaturas hay anda uno agarrando coraje, sí."

6. "Ahora ya más pues como ahora ya se sabe que está uno enferma, me cuidan, de primero no porque tenía un entenado que llegaba a hacer cosas a la casa, ya tomado, a agarrar el machete, me corría, me salía yo huyendo, porque si no, capaz que me mataba, hasta que Dios quiso que lo martaran a él y ya dejé un poco de sufrir."

7. "Pues estoy contenta pues ya me siento un poquito mejor ya gracias a Dios de

que ya llegué aquí, ya me siento un poco bien."

8. "Ah, pues este, me cayó de sorpresa, porque yo nunca creía yo que tuviera esa enfermedad, si." "Pues no gracias a Dios que aquí, aquí siempre he estado."

9. "Pues ahí voy que me diga a veces la doctora, pues me puso la dieta de que yo no coma mucho de que , si, menos, y vec26. "Pus darle ánimos, estar con él, convivir con él y platicarles las experiencias que tuvo uno para reanimarlo. Que le den confianza, que está en buenas manos, que hay muchos adelantos que no tenga miedo, no es por nada pero yo que voy para 16 años , he pasado por e querido , he pensado ver algún psiquiatra algún psicólogo para platicarle mi problema, porque de mis heridas, hechar una platicadita con ellos verdad?."

23. "No, no, no, nada, no, nada de porque me aprovecho queledan su descanso y se lo dan el día lunes y ya lo deja para el martes que me toca."

13. "Me han tratado bien, gracias a Dios, si muy cariñosas, si si."

14. " No he trabajado, sólo al hogar y mis amigos me tratan bien, si me quieren mucho mis hijos."

15. "Pues ahí la voy haciendo un poquito bien en todo porque me dice la señorita que si no llevo bien la dieta pues así voy a estar." Hay cosas que ya no puede comer? "Ah varias, si, ya no es igual (rie), como era antes porque de todo podía uno comer ahora no, no mayormente el dulce, si extraño eso, y el refresco, si. Pero de todos modos tenía yo que aguantar (rie)."

16. "Pues hay bastante cambio pues como le digo, pue como cuando uno no sabe nada anda uno ahí que no sabe uno que... y ya sabiendo pues un poquito de temor porque ya sabe uno la enfermedad que tiene."

17. "Pues yo si porque este, así a muchos, pues como tiene mucha familia mi esposo y que padecen de esa enfermedad pues lo niegan como que quieren decir que no, pero yo porqué lo voy a negar, si yo ya lo tengo ya nimodo, no me da vergüenza y me dicen, digo pues que esa enfermedad que tengo, para qué la voy a negar."

18. "Si bastante porque ahora no es igual como antes pues, como cuando uno esta buena pero ahora que ya tiene uno la enfermedad. Ahora es ya uno enojona pues cuando empecé ya cualquier cosita ya , le caía uno mal, que le tiran las cosas y hasta me pongo a llorar del coraje pues que me da pues, no sé el corazón se me pone muy tierno."

19. "Si que si lo voy a hacer de curarme, como cuando ahora que me tocó operación, me dicen mis hijas que si me lo quiero hacer, les digo que todo lo que

me digan por mi bien, si."

20. "Pues no pues ya me estoy curando ya primeramente Dios es la fé que tiene uno, de que se medio alivie uno porque de sanar no se puede siquiera para los días que uno va tener vida todavía."

21. "Si, si."

22. "No, no yo creo que no."

23. "Pues ya le digo, ya que remedio, pue así lo que me dicen yo lo hago;" antes no? "Pues como no sabía que las tenía yo no, hasta que ya nos venimos para acá con doctores y que me trajeron aquí a! general, que hay doctores buenos. Y ya ve lo que le dicen as uno para sanar uno lo busca. Me dicen de hierbas que es bueno, yo lo hago, como dice la señorita que no sea de dulce."

24. "Me siento bien, si, si me siento bien."

25. "Muy bien, me siento contenta, me siento que primeramente Dios que yo me alivie más de lo que estoy, tener más salud."

26. "Pues no se como pues que esa enfermedad no se le desea a ningún enemigo porque si es de que ya no tengas remedio pues ya para que desearse lo a otro pues porque es mala, dicen que es igual al cáncer, pero hay control." "le diria pues que todo lo que Dios le mande auno, tiene que aguantarse, pues sí porque hay que llevar una dieta y la medicina."

ENFERMO No. 2 EDAD: 57 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA OCUPACION: HOGAR

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE PADECERLA: 3 AÑOS

1. "Pues lo que pasa que como llevé dos sustos doctor entonces yo iba al centro de salud a que me tomaran la presión e iba bien, pero tuve estos dos sustos y empecé a sentir mucha sed y le dije a mi hija siento mucha sed y ya entonces yo quise preguntarle al doctor y fue cuando me hicieron el examen y de ahí detectaron que tenía alta el azúcar."
2. "Pues sentí tristeza, pus si dije no, ahora ya va ser, me tengo que cuidar más."
3. "Pues no, de repente."
4. "De salud, luego me siento muy agotada de repente me siento con mucho sueño y no me dar ganas de hacer nada, me siento y me quedo dormida bueno aparte de que duermo mal en la noche yo creo que eso repercute, pero luego ya despierto y vuelvo a mis actividades y ya no siento nada ni tristeza ni nada."
5. "Pues bien si, sí bien me aceptaron apoyo y mis amistades, bueno los que saben; respecto a que si ya digo de ese tiempo acá ya me decían, pues cuidate no comas esto, y hay mamá no te comas eso y así ¿no? me apoyaban."
6. "Si, si igual no ha habido rechazo."
7. "No pues, pienso que debo cuidarme ¿verdad? para estar bien, pero luego con que haga yo un esfuerzo pues no puedo; como le dijera por ejemplo en la comida ¿no? ; como lo que no debo de comer, se me antoja y el pastel no una rebanada sino dos y eso es lo malo porque yo aumento más y me salgo de la dieta."
8. "Pues, no sentí la necesidad porque pues yo creo que los doctores saben y ha sido todo muy bien, lo que pasa, que yo soy la que no he puesto voluntad, porque los médicos como la doctora Sanchez ha puesto mucho empeño y la licenciada en dietología pues tambien me da muchos consejos y se enoja conmigo, porque tiene razón de que yo no hago por bajar; luego me dice ella, si usted llevara la dieta ya hubiera bajado mucho y se sentiría."
9. "Pues, dije hay va a ser muy cara, no la voy a poder llevar, pero ahora que veo que no es cara y en realidad lo que me manda la licenciada, es cosa mía ya ¿no? porque digamos siete pesos de ahora si puedo comprar verduras. La primera vez que vine baje muy bien tres kilos y lo hice tal como ella me lo había dicho,

pero despues lo dejé y otra vez, es como retroceder, sentí mucho de que ya no voy a comer lo que me gusta y yo pues esto es bueno porque es por mi enfermedad pero yo no lo hacia porque sí comía lo que no debía comer; por eso fué que no he podido bajar."

10."No, no siempre ha sido lo que pasa es que tambien se me olvida tomarme las pastillas pero no porque no lo quiera."

11."Si, bueno he hecho y no por la dieta que no la llevo como me dice; pero la medicina si he comprado lo que me han dicho."

12."Yo sola vine, nadie viene conmigo."

13."Pues, me han tratado bien, bien, no siempre."

14."Bueno no trabajo, pero mis amigos bien doctor."

15."Pues, me siento bien doctor pero hay veces que también mal porque como no lo llevo como me dicen , este, me siento mal porque digamos, si tomo chocolate o azúcar me viene ese agotamiento entonces pues es."

16."Pues, bien doctor bueno todo es dentro del hogar; ahora no creo que haya cambiado mucho, luego sí, sólo que me siento ahora muy agotada me quedo dormida y luego reacciono."

17."Pues con tres o cuatro personas; casi no me gusta como le dijera, que así mis cosas casi no me gusta decir."

18."Pues un poquito de repente sí me enoja más, si pero sí me gusta ser alegre, me gusta cantar, me dice mi nieto: cantas muy feo abuelita, pero canto porque me gusta aunque cante feo ¿no? (rie)."

19."Si pues, este teniendo cuidado en mi dieta ¿no? y en llevar las indicaciones de la doctora, digo cuando lo he hecho, porque como lo que me hace daño y mis hijas me dicen: no comas porque te hace daño; y hay veces que hasta me enoja con ellas porque me llaman la atención y me estan diciendo y me molesta, siento que nomás me estan cuidando lo que me como." ¿Y qué les dice? "No pues dejenme, yo como, y ellas me dicen bueno te voy a dejar que comas lo que quieras, pero a ver cuando estés enferma y no te puedas mover ni nada qué vas ha hacer. No pues tienen razón; como en mi cumpleaños este, me compraron un pastelito y yo quería más pastel y ya no me lo querian dar y yo me enojé" Le dan tentación y luego le dicen que no, eso es contradictorio.

20. "Pues luego si; ¿curar algun día? , pues yo pienso que si todo como le digo doctor poniéndole voluntad."

21."pues las dos cosas, si, si estaría bien."

22."Pues no, estuve viniendo con la hermana de la doctora, es psicologa en el club de diabéticos, me sentí mejor porque nos preguntaba que nos gustaba desde niños y varias cosas."

23."Pues no, no solamente que tomé nopal en ayunas con xoconostle y sávila en la mañana, nada más; He oido de tés, pero nunca los he tomado; si me los han recomendado pero no ."

24."Pues me sentí muy bien doctor, sí me ayudó me desahogué, más tranquila."

25."Bien"

26."Pues que se cuidara y llevara la dieta, sobre todo llevando la dieta y las indicaciones del médico; lo que más le recomendaría llevar la dieta y el medicamento y tener fuerza de voluntad para hacer todo eso, aunque yo no la tenga, si no ya hubiera bajado de peso."

ENFERMO No. 6 EDAD: 48

SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA

OCUPACION: COMERCIANTE

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE PADECERLA: 6 AÑOS

1. " Porque cuando empecé me dió, me daba mucha sed y me tomaba tres litros como en una hora y orinaba cada cinco minutos y este la sed, la sed, la sed, y orinar, orinar, orinar y me dijo el médico que tenía 180 de azúcar."
2. "Me preocupe ¿no? porque pues esa enfermedad este, ya no, pues ya no se alivia; sentí tristeza."
3. "Ya no."
4. " Pus ultimamente me he sentido mareada, me duelen mucho las piernas"; ¿ y de su estado de ánimo ? "me siento triste " ¿ y como es eso? "pus me dan ganas de llorar."
5. "Pus, mi esposo me decia que me cuidara, que me comiera lo que me decían aquí y que aquí me dieron las recetas; no me rechazaron y me ayudaron mis hijos me decían no comas esto mamá eso te hace daño, ¿ la apoyaron ? si."
6. "Si igual."
7. "Pus, yo pienso, yo nomas le pienso que tenga yo fuerzas y poder trabajar. (llora)."
8. "Confíe aquí con el médico, no yo seguí aquí."
9. "Pues, me sentí muy bien con la dieta, no me acostumbraba, me conformé."
10. "No, nunca le he discutido, a me atendió una doctora, la doctora Espinoza ella me atendió nada más."
11. "Si".
12. "Vengo yo solita, en otras ocasiones he venido con mi esposo, ¿la apoyan? "si".
13. "Muy bien, a mi me han tratado bien; hace tres años me operé de los ovarios y me trataron muy bien me atendieron muy rápido".

14. " Pus bien, todos nomas una persona es la que no me trata bien; yo creo, a lo mejor yo tambien ¿como es eso? es que ella vende comida y yo tambien y ese es el problema y se molestan porque tal vez ella no vende o yo me molesto porque no vendo".

15. "Pues doctor, ahorita la verdad como siempre, ayer comí: me tomé un vaso de atole, y ahora en la mañana me tomé un café y dos tacos de frijoles; ¿ y la dieta? ya la acepto, pus como mi organismo ya no puedo comer todo lo que yo quiera".

16. "Si, si ¿como fué ese cambio? pues este, que ya me canso, me duele la espalda, o si me pongo a lavar bastante pues la espalda no me duele si no como que la siento muy pesada".

17. "A mis hermanas, mi esposo, mis hijos y mi mamá que murió en este mes; la verdad doctor no me gusta platicar de mi enfermedad".

18. "Si he cambiado, ya no tengo gusto, este más cuando me siento mareada pues no tengo ganas de trabajar nomas quisiera estar sentada".

19. "Pus no hacerle caso a la enfermedad o pos no concentrarme en ella y yo trato de olvidarme y trabajo y así nomas que no puedo como antes".

20. "No, ¿piensa que se podría curar algun día? pues si, si pienso ¿ se sometería a algun tratamiento? sí".

21. "Si".

22. "No".

23. "Pues a mi me han dicho que me tome yo el nopal licuado con un pedazo de sábila y también me han dicho que me tome un té de chancarro; el xoconostle".

24. "Bien ¿ le ayudó en algo le hizo sentirse bien? si esta muy bien".

25. "¿Que le diría a un diabético recién diagnosticado?

le diría que asistiera a consulta de aquí, pus yo aquí me he sentido muy bien y que es buena la dieta que se sienta uno bien".

ENFERMO No. 3 EDAD:72 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: OCUPACION: AMA DE CASA

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE PADECERLA: 2 AÑOS

1. "Porque vine aquí al hospital, me dijo el doctor que me empezaba. Empecé porque sentí unos ardores en el vientre, una inflamación y entonces fui a ver un dr. y me dió y me dió simplemente un calmante y como me sentí igual o peor fui a ver a otra doctora y me dijo:"no tema esta enfermedad, es controlable" y al principio me dió unas pastillas y les dije a mis familiares: yo siempre he tenido horror a esta enfermedad porque dicen que es muy dolorosa y muy triste, que se ampala, que los vienen unos ardores, todo eso y le digo ahora me dice la doctora que es una, este, neuritis de este tipo. Mi compadre Aniceto la tuvo y duró cerca de dos años y a él se la curaron especialistas y otros doctores en la clínica que le correspondía, ahora él ya está fuera de trabajo, pero lo siguen tratando; le dijeron que fuera al Hospital General, que ahí tenían medicina para esta enfermedad, y este.. véte tu que empiezas, y vine. Pasé a varias consultas y me llevaron a dermatología y me mandaron a la clínica del dolor, y me empezaron a tratar, me sacaron análisis y me dijo que yo era diabética. De mi familia tengo dos hermanas que murieron diabéticas, y me seguí tratando."

2. "Pus sí al principio sentí tristeza, pues dije que hay otros diabéticos, que van de cada día más en más, pero sí otros se van controlando, pues yo también puedo."

3. "Eso sí, momentáneas veces, en el sueño, y así, veces estoy soñando feo o pesadillas, y me despierto, me entra tristeza y se me va el sueño por 3 ó 4 hrs., 2 a lo menos."

4. "Un poquito pus ya, triste, a falta de no cumplir lo que me mandan, volvió a subir la azúcar, eso es."

5. "Pus mi familia nada, como le digo, pus tenía hermanas diabéticas que se controlaron pero no murieron de diabétes sino una del corazón y otra de una hernia que se le estranguló, rechazo nunca hubo."

6. "Siempre ha habido unidad en la familia, desde luego en mi casa, pus nada más es mi hijo, una hermana y los nietos, y las demás hermanas que están fuera, también, también las visitamos pero normal."

7. "Pus nada, pienso más que esperar la voluntad de Dios, pero al mismo tiempo pus ayudarme con las medicinas que me dió el médico."

8. "No, no la sentí. Ya como le digo, como tenía familiares pus dije, pus no me queda otra cosa más que controlarme. Buscar otro médico? no."
9. "Pus, pues sí sentí tristeza porque pensé que iba a dejar muchas cosas que me gustaban y pero después, dije no, lo mismo es una cosa que otra, tan alimento es uno como el otro, y así pues como dijo Nuestro Señor: no sólo de pan vive el hombre (ríe)." ¿Cómo era su tristeza? " Con sentimiento pero al mismo tiempo resignación."
10. "Pus sí al principio sí, con la nutrióloga, porque le dije, pues , me mandó avena, no le dije nada, pero cuando la tomé, pus yo vi que no me caía bien, y sí le dije: señorita licenciada: no me gusta la avena y aparte he subido de peso, entonces me dijo: suspéndala y sustituyala por yogur, o por otra cosa. y ya eso fué lo único, no fué reproche."
11. "Si, sí, una que otra vez no, las invitaciones y aprovecha uno las invitaciones pus lo que se me antoja. Si."
12. "Pues si viene, ahoy vine sólo, pero casi siempre vengo con mi nuera; ahora no vino porque pus está enferma."
13. "Muy bien son muy atentos."
14. "Pues he trabajado, pus mi esposo era, puede decirse campesino y había que trabajar en el quehacer de la casa y la cosecha, y me tratan bien."
15. "Pues ya me siento bien, y digo, pues, es lo mismo, tengo pus hasta, veo las cosas, así, los pasteles ya no se me antojan mucho. Me gustaron y me gustan, me gusta verlos pero ya provarlos y hasta ahí. Igual cualquier cosa dulce. Lo que me gusta mucho y no quisiera dejar son las tortillas, los antojitos mexicanos."
16. "Pus yo digo que no habido cambio, más que cuando me sentí más mal me daba mucha flojera, me sentí yo con sueño, y no me daban ganas de hacer las cosas pero ahora ya, ya me siento bien."
17. " Si, no tengo vergüenza, pues es una enfermedad como todas."
18. "Pus yo creo que sí pues antes de que me diera cuenta de que era diabética, sí, ya de cualquier cosita me volvía inhacible, por lo que no me gustaba, tenía así, coraje, o cualquier cosita así pero ahora ya no. De vez en cuando, sí, lo normal, pero de que sea de cualquier cosa, no."
19. "Someterme al tratamiento que había entrado y a las dietas nada más."
20. "Pues pienso que sí, lo pienso, que que me podría ajalá, algún día, curar; algún día creo yo, y puede ser que algún día la ciencia, logre a.. curarla." ¿Y

8. "No, no la sentí. Ya como le digo, como tenía familiares pus dije, pus no me queda otra cosa más que controlarme. Buscar otro médico? no."

9. "Pus, pues sí sentí tristeza porque pensé que iba a dejar muchas cosas que me gustaban y pero después, dije no, lo mismo es una cosa que otra, tan alimento es uno como el otro, y así pues como dijo Nuestro Señor: no sólo de pan vive el hombre (río)." ¿Cómo era su tristeza? " Con sentimiento pero al mismo tiempo resignación."

10. "Pus sí al principio sí, con la nutrióloga, porque le dije, pues , me mandó avena, no le dije nada, pero cuando la tomé, pus yo vi que no me caía bien, y sí le dije: señorita licenciada: no me gusta la avena y aparte he subido de peso, entonces me dijo: suspéndala y sustituyala por yogur, o por otra cosa, y ya eso fué lo único, no fué reproche."

11. "Sí, sí, una que otra vez no, las invitaciones y aprovecha uno las invitaciones pus lo que se me antoja. Sí."

12. "Pues si viene, ahoy vine sola, pero casi siempre vengo con mi nuera; ahora no vino porque pus está enferma."

13. "Muy bien son muy atentos."

14. "Pues he trabajado, pus mi esposo era, puede decirse campesino y había que trabajar en el quehacer de la casa y la cosecha, y me tratan bien."

15. "Pues ya me siento bien, y digo, pues, es lo mismo, tengo pus hasta, veo las cosas, así, los pasteles ya no se me antojan mucho. Me gustaron y me gustan, me gusta verlos pero ya probarlos y hasta ahí. Igual cualquier cosa dulce. Lo que me gusta mucho y no quisiera dejar son las tortillas, los antojitos mexicanos."

16. "Pus yo digo que no habido cambio, más que cuando me sentí más mal me daba mucha flojera, me sentí yo con sueño, y no me daban ganas de hacer las cosas pero ahora ya, ya me siento bien."

17. " Si, no tengo vergüenza, pues es una enfermedad como todas."

18. "Pus yo creo que sí pues antes de que me diera cuenta de que era diabética, sí, ya de cualquier cosita me volvía inhacible, por lo que no me gustaba, tenía así, coraje, o cualquier cosita así pero ahora ya no. De vez en cuando, sí, lo normal, pero de que sea de cualquier cosa, no."

19. "Someterme al tratamiento que había entrado y a las dietas nada más."

20. "Pues pienso que sí, lo pienso, que que me podría ajalá, algún día, curar; algún día creo yo, y puede ser que algún día la ciencia, logre a.. curarla." ¿Y

usted participaría? "Porqué no aún siendo meses, años pus lo que sea hay que vivir."

21. "Creo que sí porque, sí, si este, me dan, ánimos emocionalmente, pus también, veo que es un cambio de ambiente, un cambio de personalidad."

22. "No nunca."

23. "Conocido sí, pero que me las halla tomado, no. Como el nopal, me lo como como comida pero como un remedio, no. Que me dicen que vaya con las hierberas a pedir un remedio; hay veces he sentido el deseo de ir pero al mismo tiempo digo no, porque no saben en qué calidad está mi enfermedad, y me vaya a ir mal, me vayan a intoxicar."

24. "Pus bien, como con un desahogo en mi, porque pues platiqué lo que sé y lo que siento."

25. "Recurrir a un médico, mira: tienes que hacer lo que te manda el médico y si esto no te gusta, lo tienes que aceptar porque ya es beneficio propio."

ENFERMO No. 11 EDAD:56 SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADA OCUPACION: HOGAR

DIABETES TIPO: II TIEMPO DE PADECERLA: 4 AÑOS

1. "Pues porque hice un coraje y de un día para otro amanecí con mucha sed y muchas ganas de orinar."
2. "La verdad no sentí nada porque no sabía yo que era pero cuando supe, sentí tristeza, pues me sentí desauseada."
3. "Si, pues que nunca me voy a aliviar, siento tristeza y me dan ganas de llorar."
4. "Pues un poco triste asea, me duele la cabeza, me siento un poco mareada, y tristeza pues."
5. "Pues mi familia la tomó a la ligera, dice, no pus ya nimodo. Y con eso como que me dió coraje que no le hayan dado importancia. Amigos casi no tengo."
6. "Si, si, igual."
7. "Pues me da coraje que no puedo hacer ciertas cosas."
8. "Si, fui a ver este, fui a los naturistas, alli estuve en tratamiento, estuve bien durante un año y ya después yo creí que ya con eso iba a estar bien, pensé que ya me había curado, pero después volvió el problema, hice otro coraje y ya no."
9. "Pues me sentí mal pues porque dije ya no voy a poder comer lo que yo quiero, lo que me gusta. Coraje, si."
10. "Si, pues no me gusta pues de que, que osea, que el me dice: usted se tiene que tomar esto y pues como que me molesta. Y de la dieta: no me gusta, no me la voy a comer."
11. "Pues por lo regular no, no. Me da coraje que me ordene, en vez de que me lo sugiera, me lo ordena."
12. "Sola, siempre ha sido así, sola."
13. "Bien, lo que no me gusta es como me lo piden y que me ordenen."

14. "Bien a pesar de que me hacen enojar, me siento agusto. Por eso no me he salido de ahí porque los niños me quieren mucho y la verdad es que estoy por ellos. Aunque la señora no me quiera, ella me puede regañar y decirme: lárguese, no la quiero, yo estoy ahí con los niños, que ya son jóvenes. Los quiero porque los cuidé desde chiquitos de 6 y 3 meses: bañarlos, llevarlos a la escuela, darles medicina, en fin, darles sus alimentos a su hora, que ver cosas que no les haga daño. Nunca se me han enfermado del estómago."

¿Y con sus hijos usted es igual? "no"

¿Siente que hay una diferencia? Sí, en el cariño, no se manifiestan cariñosos."

15. "Pues, pues que si voy a seguir la dieta aunque no me guste pues tengo que seguirla."

¿Cree que con la dieta se podría curar?

"pues yo creo que si."

16. "Pues que ahora es menos, puedo menos, me canso más, y me da coraje que yo ya no puedo hacer mis cosas como antes, y activa y todo eso, me da coraje."

17. "No, no me gusta. Siento pena."

18. "Si, para mi si, si. Antes era más tranquila, platicaba más, me sentía más agusto y ahora ya no, me molesta que me platicuen, me molesta que me pregunten, me molesta que me digan, ay porque, porque luego me dicen: "Hay mira nomás como estás ¡ qué barbaridad ! , estás bien delgada, pues que te pasó?" y siento mucho coraje."

19. "Siempre he tratado de vencerla. Pues yo nomás mentalmente, pienso que sí me voy aliviar. Yo se que no voy a quedar así bien, bien no? , pero que sí me voy a controlar. Con una firme decisión de yo voy a...si."

20. "Pues yo creo que sí, tengo la idea que si, que algún día." ¿se sometería? Si, si, si."

21. "Si, si, es bueno."

22. "No, nunca." ¿le gustaría? "Si, si."

23. "Pues no porque yo he tomado, pues no todos pero." ¿Le han mencionado? "si, pues que como la tronadora, este, ya no me acuerdo, tés, el licuado de nopal con xoconostle y sávila."

24. "Bien. Para desahogarme." ¿El recordarlo le hizo bien? "si", ¿ya lo toma con más calma? "si", ¿ya lo ha aceptado? "si" ¿Cree que le ha ido ganando a la enfermedad? " Pues si parece que si."

25. "Bien, muy bien."

26. "Pues que se sometiera a su dieta, que siguiera la dieta normal como se la dan. Y los medicamentos igual , que no fuera como yo que no la tomo (ríe). que fuera firme."

ANEXO No 5

GUIA DE ENTREVISTA PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE Y ESCALA DE JUICIOS PSICOFISICOS DE STEVEN STANLEY S. PARA EL FAMILIAR. Y UNA ENTREVISTA FAMILIAR.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

MEX.MAR.1993

ENTREVISTA DIRIGIDA A LA FAMILIA DEL ENFERMO DIABETICO

El presente cuestionario tiene la finalidad de dar a conocer experiencias de familia donde por lo menos uno de sus miembros es diabético para apoyar o ampliar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad.

NOMBRE _____

SEXO _____

EDAD _____

OCUPACION _____

QUE ES DEL ENFERMO _____

Buenos días somos estudiantes de psicología y pedimos su colaboración para que nos responda unas preguntas sobre la diabetés para una investigación que estamos haciendo. Los datos que usted nos proporcione son estrictamente confidenciales y con fines estadísticos.

1. ¿Cómo supo usted que su _____ tiene diabetés?

2. ¿Cómo se sintió usted al saberlo?

3. ¿Ha notado cambios en el comportamiento de su _____ con respecto a usted?

4. ¿Usted ha acompañado a su _____ al chequeo médico?

a) ¿Que tan frecuentemente?

5. ¿Cómo notó el comportamiento de los demás integrantes de la familia a raíz de la enfermedad de su _____

a) Cambió en algo?

6. ¿Pensaron hacer algo al respecto de la enfermedad de su _____ usted y los demás miembros de la familia?

7. ¿Lleva una dieta especial su _____?

a) ¿Estan en familia a la hora de la comida?

8. ¿Cómo ha visto la comunicación de usted con su _____

a) Es como antes o más o menos igual?

9. ¿Cree usted que la diabetes se debe tratar psicológicamente y no sólo médicamente?

10. ¿Tiene algunas dudas sobre la diabetes?

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ QUE ES DEL ENFERMO _____

INSTRUCCIONES : MARQUE CON UNA CRUZ QUE TANTO PREFIERE HACER
UNA COSA DE CERO A CIEN.

EJEMPLO: ME GUSTA VER TELEVISION EN FAMILIA

0 100

1) COCINAR PARA EL ENFERMO

0 100

2) CONVIVIR EN FAMILIA LOS FINES DE SEMANA

0 100

3) COMER CON TODOS LOS DE LA FAMILIA SIEMPRE QUE SE PUEDA

0 100

4) ME GUSTA ACOMPAÑARLO AL MEDICO

0 100

5) PLATICAR DE SU ENFERMEDAD O DE OTRAS COSAS CON EL MISMO (A)

0 100

6) DARLE PRIVACIA

0 100

7) ESTOY DE ACUERDO EN QUE UN DIABETICO TENGA HIJOS

0 100

8) ME GUSTA QUE LA FAMILIA SE REUNA PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS O PARA APOYAR A UNO DE SUS MIEMBROS SI ENFERMA

0 100

9) ME GUSTA AYUDAR CUANDO UN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE ENFERMA

0 100

10) QUE TANTO ME GUSTO PARTICIPAR EN ESTA ENTREVISTA

0 100

GRACIAS POR SU COOPERACION.

ENTREVISTA FAMILIAR

FAMILIAR No.1 SEXO: FEMENINO EDAD: 51 AÑOS

OCUPACION: AMA DE CASA. QUE ES DEL ENFERMO: MADRE

1. " Bueno pues porque mi niño, tenía mucha sed y orinaba constante entonces yo lo llevé al doctor y como no sabía bien pues lo traje de allá del Estado de México, entonces me , antes me dijo una morjita de allá : pos qué tiene tu niño, no? y le dije que estaba mal, entonces lo traje y me dijo el doctor que tenía la diabétes."

2. "Pues imagínese, yo este, no sólo al él está enfermo también tengo a otras dos niñas pero no de diabétes, sino de las piernas, andan en muletas , no pueden caminar. Fué a partir de este niño que salieron mal mis hijos, Buen los primeros 4 salieron bien y van a la escuela. Y pues si senti tristeza , pues pobres criaturas, y éste mirelo como está, tiene 17 años." (flaco y estatura como de 10 años)

3. " Si, si, muchos, por ejemplo se enoja muy fácil sobre todo cuando se le antojan las golcinas y yo le digo que le hace daño y el refresco también, el siempre tomaba refresco, nunca agua y si enoja porque no los puede comer."

4. "Sí, siempre, pues como lo voy a abandonar , no, está chico y yo quisiera que mi esposo lo viniera a acompañar porque yo tengo a las otras niñas sólo en casa pero como no sabemos tomar el metro, no se como podría venir mi esposo de su trabajo."

5. Pues sí claro que sí. Pues como le digo se descontroló un poco la casa verdad? bueno, mis hijos que están bien ayudan al quehacer pero luego se pelean y se enojan y luego no se que hacer y est niño se pelea con sus hermanos y en fin."

6. "Pues los que están bien me ayudan cuando vengo con este niño a la comida no? mis hijas, y hacen el aseo."

7. "Si bueno ahora que está internado pues no pero cuando salga yo creo que sí."

8. "Pues bien, yo le digo que no debe comer los refrescos y los dulces porque le hacen daño y el ya más o menos lo acepta aunque aveces se enoja con migo verdad? y pues qué le vamos a hacer."

9. "Pues yo creo que sí, verdad? por el bien de mi hijo y de todos pero sí yo creo que sí."

10. "Pues no yo sé que ya no se cura, que sólo se conrola y nimodo."

11. " Pues que haga caso de las instrucciones del doctor verad? para que se mejore y no esté sufriendo, pues nada más"