



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EXPERIENCIA DE VIDA EN HOMBRES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II EN EL ESTADO DE MÉXICO**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA

**EDÉN CRUZ CAMPUZANO
NANCY YARITZEL OROZCO CAMPUZANO**

DIRECTORA DE TESIS
DRA EN ENF. CLEOTILDE GARCÍA REZA

TOLUCA, MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2014





8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	Edén Cruz Campuzano		
Licenciatura	Enfermería	N° de cuenta	0923891
Opción	Tesis	Escuela de Procedencia	Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario. 180
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	Experiencia de Vida en Hombres con Diabetes Mellitus tipo II en el Estado de México		

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	Dra. en Enf. Cleotilde García Reza		24/09/14

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M. en A.S.S. María Juana Gloria Toxqui Tlachino	 5/08/2014	 15/08/2014	 24/09/2014
REVISOR	Mtra. Matiana Morales del Pilar	 05/09/2014	 22/09/2014	 24/09/2014

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	M. en E. Micaela Olivos Rubio		24/09/14



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	Nancy Yaritzel Orozco Campuzano		
Licenciatura	Enfermería	N° de cuenta	0923995
Opción	Tesis	Escuela de Procedencia	Preparatoria oficial No. 59
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	Experiencia de Vida en Hombres con Diabetes Mellitus tipo II en el Estado de México		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	Dra. en Enf. Cleotilde García Reza		24/09/14

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M. en A.S.S. María Juana Gloria Toxqui Tlachino	 5/08/2014	 15/08/2014	 24/09/2014
REVISOR	Mtra. Matiana Morales del Pilar	 03/09/2014	 22/09/2014	 24/09/2014

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	M. en E. Micaela Olivos Rubio		24/09/14

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	9
Núcleos temáticos guiaron la investigación.....	13
Objetivos.....	14
Marco teórico	
CAPITULO I. Etnografía del municipio de Santa Cruz Atizapán	
1.1 Aspectos sociodemográficos.....	16
1.2 Características sociales.....	18
1.3 Población económicamente activa por sector.....	19
1.4 Situación de salud en la población.....	20
1.5 Medio Ambiente	20
1.6 Fiestas Danzas y Tradiciones.....	21
CAPITULO II. Diabetes Mellitus	
2.1 Diabetes mellitus definición y descripción.....	24
2.2 Diabetes Mellitus I.....	25
2.3 Diabetes Mellitus II.....	25
2.4 Signos y Síntomas.....	26
2.5 Diagnóstico.....	26
2.6 Complicaciones.....	27
2.7 Situación Mundial de la Diabetes.....	29
CAPITULO III. Experiencia de Vida	
3.1 Concepto de Experiencia se define.....	32
3.2 Experiencia de vida.....	32
3.3 Tres miradas a lo importante.....	37
3.3.1 Las experiencias de la vida.....	39
3.3.2 La experiencia del temor.....	39
3.3.3 Las experiencias del ansia.....	40
3.4 Las narrativas de situaciones de enfermería.....	40

3.5 La experiencia de sentirse enfermo.....	42
3.5.1 Percepciones sobre el apoyo familiar.....	43
3.6 Percepción.....	51
CAPITULO IV. Grupo de Ayuda Mutua.	
4.1 Grupo de Ayuda Mutua.....	53
4.2 Organización de Grupos de Ayuda Mutua.....	54
4.3 Antecedentes del Grupo de Ayuda Mutua de Santa Cruz Atizapán.....	56
CAPITULO V. Base Teórica Conceptual.....	58
CAPITULO VI. Metodología.....	65
CAPITULO VII. Resultados y Análisis.....	71
Consideraciones Finales.....	96
Recomendaciones.....	99
Fuentes de información.....	101
Anexos.....	106
A) Entrevista semiestructurada.....	107
B) Consentimiento informado.....	109

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y particularmente en México la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas crece de manera alarmante. Principalmente la Diabetes Mellitus tipo 2 representa uno de los retos más importantes al que deben hacer frente los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social. La enfermedad crónica se caracteriza por síntomas que suceden a lo largo del tiempo y que se presentan de manera aguda o gradual, constante o recurrente. El desenlace puede llevar a la muerte o a tener una expectativa de vida reducida o incapacitante. Cuando un miembro de una familia tiene una enfermedad crónica, esta puede producir algunas características emocionales y reacciones por el impacto que genera en el paciente y en su grupo familiar a partir de las observaciones de estas características surgen las experiencias de vida.

Es importante saber que en el entorno social hay muchas personas que padecen diabetes, y esta enfermedad es más común de lo que se imagina, incluso muchas personas la padecen y aún no lo saben. Sin embargo, existe otro grupo de personas que ya la tienen y al darse cuenta seguramente tendrán muchas dudas e inquietudes respecto a su enfermedad y como controlarla. Para ello elaborar el proyecto de investigación permitió conocer las experiencias, emociones e historias referidas por hombres que han padecido a través de lo largo de su vida la Diabetes Mellitus tipo II. También refleja el impacto que tiene en la sociedad actual y sobre todo lograr adquirir elementos que permitan comprender y ayudar a las personas que viven con esta temible enfermedad.

En este trabajo se conoció paso a paso todo lo referente al tema “Experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el Estado de México” se dividió en siete capítulos para su mejor comprensión. En el capítulo I se da a conocer el contexto de la problemática, esto incluye el municipio donde se realizó el estudio como es: la ubicación geográfica, aspectos sociodemográficos, natalidad, fecundidad, mortalidad, vivienda, urbanización, educación, economía, población

económicamente activa, situación de salud de la población, el medio ambiente, sus fiestas, danzas, tradiciones y religión. En el capítulo II se aborda el proceso patológico que es la Diabetes mellitus tipo II, su concepto, descripción, tipos, signos y síntomas, diagnóstico, complicaciones y la situación mundial de la diabetes. El capítulo III se da a conocer experiencia e historias de vida, la experiencia del ansia, el temor, el diálogo, historias de vida en la actualidad, narrativas de situaciones de enfermería, experiencias de sentirse enfermo, las percepciones del apoyo familiar y percepción. En el capítulo IV se abordan los grupos de ayuda mutua, su organización y antecedentes del grupo de ayuda mutua de Santa Cruz Atizapán. Después se revisa el capítulo V que contiene las bases teóricas a las que están sujetas esta investigación verificando el modelo adaptativo de la teórica Sor Calixta Roy. En el capítulo VI se conoce el diseño metodológico de esta investigación. En el capítulo VII se abordan los resultados y análisis de dicha investigación que permiten conocer las categorías que emergieron de las entrevistas aplicadas, las cuales son: Mi mundo desgarrado de frente a la angustia, Cambio rotundo el antes y el ahora, El ejercicio elimina el medicamento, y Mi salud regular en el tiempo. También se abordan las consideraciones finales que permitieron establecer y conocer si se cumplieron los objetivos planteados y ver de qué manera se enfocó la atención al paciente, aunado a lo anterior se describieron y evaluaron las recomendaciones hacia la investigación y sugerencias que deben implicarse, las cuales dan una contextualización amplia y permiten así llegar a un conocimiento de estudio amplio despejando dudas que se tuvieran al respecto.

Se verificó y conoció cada punto de vista de los hombres entrevistados de acuerdo a cada categoría descrita de manera que se corroboran las enseñanzas que deja y se hizo un análisis y comparación entre el modelo de Sor Calixta Roy con su teoría de la adaptación que se refleja en la forma de vivir de cada persona dependiendo las demandas del entorno, con las narraciones de cada individuo implicado en el proceso patológico y para terminar se plasmaron las consideraciones finales de la investigación que permiten hacer un auto análisis personal aparte del que se

describe y se verifica el alcance de los objetivos, esto hará un criterio propio y se podrá diseñar un plan o programa de intervenciones para poder ayudar a este tipo de personas que son aquejadas de múltiples factores. Se tiene la seguridad de que a partir de la información de este trabajo los involucrados y todos los que se dieron la oportunidad de conocerlo y participaron en él, tomarán muy en serio este problema y tendrán más conciencia de sus acciones cotidianas para no padecerla y así se creará una cultura de la prevención y una ideología altruista para poder brindar ayuda no solo a la persona que la padece si no a los que forman parte de su vida como la familia, vecinos, amigos y comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Por su magnitud y trascendencia, la diabetes mellitus tipo I y II son las más importantes, principalmente la tipo II, que representa aproximadamente 90% de todas las formas clínicas y constituye un importante problema de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional e institucional. Forma parte del grupo de padecimientos descritos en la denominada transición epidemiológica de nuestro país, que es un fenómeno resultante de los cambios en el comportamiento humano, desarrollo urbano acelerado y aumento en la esperanza de vida, que se refleja en la modificación de los patrones de morbilidad y mortalidad ¹.

Desde el punto de vista epidemiológico, la diabetes tipo II no tiene una causa específica. Tiene aspectos epidemiológicos característicos, y en gran parte de la variación de su frecuencia se debe a factores de riesgo identificados ². Además, prevalecen relaciones constantes con factores de riesgo conocidos dentro de las poblaciones, lo cual hace pensar que casi todos los pacientes comparten una base patogénica semejante. Gran parte de los datos sobre los factores de riesgo y el conocimiento de la patogenia proviene de estudios de poblaciones con alta frecuencia del trastorno como son los mexicanos y mexicoamericanos, pero en otros grupos raciales y en otros continentes han confirmado perfiles similares. En países menos avanzados como el número de casos que pasan inadvertidos se basan en los que se diagnostican ³.

La prevalencia difiere entre los que emigran y los que permanecieron en su país natal. En casi todos los casos las cifras correspondientes a migrantes han sido mayores que las de las poblaciones nativas o indígenas y tales incrementos reflejan el efecto que tiene en la enfermedad los cambios en el entorno. El perfil mundial de prevalencia de la diabetes hace pensar que las poblaciones con mayor

propensión a la enfermedad son las que residen en países de crecimiento rápido y los sectores pobres de las naciones desarrolladas ³. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra creció a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones. Los diez países con más casos en el mundo son, por orden de frecuencia India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania. De continuar con esta tendencia, en el año 2025 México ascenderá al séptimo lugar, esto según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud ⁴.

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general ⁴.

En estudios realizados durante la década pasada se estimó una prevalencia de 8 y 9% en la población mexicana y se calcula que podrá llegar a 12.3% en el año 2025 ². Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50 - 59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes ².

En México se ha observado un aumento continuo en su frecuencia, entre 1980 y 2001 la mortalidad por diabetes mellitus se incrementó de 20 a casi 50 por cien mil personas y se estima que para el año 2025 se podría llegar a triplicar el número de casos ⁵. Los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo

León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Respecto a la distribución de casos hospitalizados con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo II (DMT2) por entidad federativa, el estado que registró el mayor porcentaje en el año 2013 fue el Estado de México con el 9.1%, seguido por Tabasco, con el 8.1 % y en tercer lugar Hidalgo con el 7.8% ⁶.

A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la cirrosis hepática), la tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes) ³.

En los últimos 50 años la población mexicana se concentró en grandes centros urbanos. El porcentaje de la población que vive en las áreas rurales se redujo de 57.4 en 1950 a 25.4 en 2000. Sus costumbres alimenticias se modificaron, con incremento del consumo de calorías, azúcares simples y grasas. En las zonas rurales como Santa Cruz Atizapán, la distribución de nutrientes en la dieta promedio es de 64% de carbohidratos, 12.1% de proteínas y 22.7% de grasas. Al migrar los individuos de una área rural a una urbana, el consumo de grasas aumenta (27.6 y 33% en zonas de bajos y medianos ingresos económicos, respectivamente) y disminuye los carbohidratos complejos. Por el contrario, el consumo de azúcares simples se incrementa o se mantiene sin cambio. Por otra parte, la actividad física de un alto porcentaje de esta población se reduce al mínimo, debido a la comodidad que se tiene por la tecnología y ciertos factores que la constituyen. El resultado es un incremento del contenido energético de la dieta y una reducción del gasto de energía por medio del ejercicio ⁴.

Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento de la incidencia mundial de diabetes, sobre

todo de tipo II. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030 ⁴. Sin Embargo no solo hace falta ver estadísticas, hay un conjunto de problemas que se relacionan con la enfermedad, los cuales afectan el estado anímico del paciente y conforme la enfermedad progresa el hombre tiene una percepción distinta de la vida la cual hará que tenga una visión y experiencia de vivir muy distinta a la de los demás, la percepción del paciente puede ser importante si se tiene en cuenta que puede ser el factor que está relacionado de forma más inmediata con el desarrollo de las recaídas y, por ende, con el curso que tome la enfermedad. Sin embargo, dicha percepción no está solamente relacionada con la verdadera presencia de crítica por parte de los familiares, sino también de aspectos psicológicos y psicopatológicos del individuo⁷.

El objeto de experiencia es el hombre, que se mantiene a través de todos los momentos y que al mismo tiempo está presente en cada uno de ellos. Además, no se puede decir que la experiencia en cuanto a tal existe solo en el momento único en que se produce y que posteriormente solo se puede hablar de la acción y la mente que concibe al hombre, como su propio objeto, tomando como base un conjunto real de datos sensoriales o una secuencia de conjuntos semejantes. La experiencia del hombre, del yo, dura todo el tiempo en que se mantiene una relación cognoscitiva, en la que soy a la vez sujeto y objeto ⁸. Por otra parte la investigadora Karol ⁹, nos refiere que el mundo de las experiencias es un mundo personal en el cual las personas procesan activamente información acerca del medio ambiente; donde las personas organizan y ponen en diferentes categorías sus experiencias humanas al procesar impresiones seleccionadas a través de sus sentidos ⁹.

Para el investigador David ¹⁰, las experiencias se adquiere con nuestro actuar diario en el quehacer del ser humano, y esta se manifiesta a través de emociones y sentimientos, ya que en el ser humano, las experiencias emocionales involucran

un conjunto de actitudes y creencias, que permiten tomar mejores decisiones ante cualquier situación que se nos presente. Estas experiencias son características de todos los seres humanos, cobran mayor experiencia y son vivenciados por los hombres que llevan a cabo el trascurso de su propia vida. Así toda persona tendrá a lo largo de su vida un sin número de experiencias las mismas que serán acumuladas hasta el fin de su existencia producto de sus vivencias personales y de su relación con el medio ambiente las mismas que son únicas de cada persona. Los sentimientos son estados afectivos, placer y displacer que tienen a toda clase de actividad vital; por medio de estos los modos de vivencia pasan de la intimidad al exterior, a través de la expresión y del comportamiento para enfrentar la enfermedad ¹⁰.

Experiencias son las que surgen en la vida de un hombre cuando este se enfrenta a una determinada situación; en la cual se involucran diferentes procesos afectivos como sentimientos, emociones y reacciones de forma particular al ser humano, además son fenómenos internos de los seres vivos, que transcurren en la esencia de su propio ser y no más bien en el exterior de este, por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo para buscar la adaptación a esta nueva situación de salud ¹¹.

De ahí la importancia de conocer: ¿Cuál es la experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el Estado de México?

JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disponibilidad de más y mejores tecnologías para hacer frente a las enfermedades y el envejecimiento de la población, han traído consigo la transformación del perfil de las causas de muerte. Si bien en México se observa un modelo de transición, donde coexisten enfermedades de etiologías infecciosas y crónico degenerativas, desde hace algunos años, las enfermedades infecciosas, han sido desplazadas de las principales causas de muerte por enfermedades crónico degenerativas ¹².

Durante la primera mitad del siglo XX, el panorama epidemiológico mexicano estuvo dominado por los procesos transmisibles, asociados principalmente a condiciones de vida desventajosas. En 1940, cuatro de las cinco principales causas de defunción eran de etiología infecciosa; las diarreas y enteritis, así como la neumonía e influenza ocupaban los primeros lugares. En contraste, desde los años cincuenta las enfermedades del corazón aparecen dentro de las cinco principales causas de muerte, los tumores malignos hicieron su aparición alrededor de los años sesenta y se ubicaron en el segundo sitio desde finales de los ochenta, la Diabetes mellitus, enfermedad motivo del trabajo, hizo su aparición dentro del cuadro de las principales causas de muerte del país a mediados de la década de los ochenta, y actualmente se encuentra en el tercer lugar ¹².

Todas las personas tienen un valor intrínseco en sí mismo, son únicas e irrepetibles, comparten con los otros una posición dentro de su familia; tienen una serie de valores propios y asumen una serie de reglas que les permiten desenvolverse en la sociedad. Quien tiene diabetes no es la excepción. Ninguna enfermedad implica un menosprecio o subestima de la persona que la padece, ni por el medio ni mucho menos por ellas mismas. Las personas con diabetes, en cuanto a su valor, son exactamente iguales a las demás y en algunos casos, como por ejemplo, quienes asisten a actividades de capacitación para el control adecuado de su padecimiento, están aún más conscientes de su desarrollo

personal al hacer frente a su enfermedad, en vez de auto - limitarse, logran vivir una vida más sana y plena, aprovechando al máximo lo que la vida les ofrece ¹³.

El tema de la diabetes mellitus tipo II hoy en día es muy serio debido a que como se sabe es una enfermedad crónica – degenerativa en la vida de quien la padece y si no se tiene un buen control de ella surgen complicaciones lamentables que llevan al enfermo a la muerte, así mismo la calidad de vida de los pacientes es deficiente puesto que día con día se le dificulta lograr una dieta balanceada de acuerdo a su necesidad y el estar pensando en su enfermedad es traumático y estresante restándole energía para sobrellevar y superar su problema de salud, también el autoestima de su persona ante la sociedad se ve afectada y la crítica es un factor de riesgo para las recaídas de los pacientes ya que esto implica un menor control de la glucemia e incumplen más el tratamiento pero acaso nos hemos puesto a pensar si estuviéramos desempeñando el papel del paciente o los escuchamos y pensamos como es que se siente estar enfermo, que piensa, que emociones o ansiedades tiene, hay muchas investigaciones sobre la patología; pero lamentablemente no hay muchas investigaciones sobre las causas que el paciente nos refiere, su forma de pensar, sus inquietud y experiencias, para poder tener conocimiento sobre cómo ayudarlos con su enfermedad.

Esta es la razón por la cual se pensó en realizar este trabajo de investigación para que principalmente la familia de los hombres con diabetes mellitus tipo II conozca realmente el pensamiento, sentimiento, inquietudes y emociones que tiene con su enfermedad y de esta manera comprender y dar una ayuda humanizada en conjunto con los profesionales de la salud ya que el personal de enfermería es el que se encuentra más apegado a los pacientes, en muchas ocasiones el paciente necesita expresar sus pensamientos, sentimientos y lo hace con el personal de enfermería, se brinda, apoyo, confianza y cuidado integral para poder sobrellevar los efectos de la enfermedad y en cuanto a las personas que no padecen un estado patológico servirá como aprendizaje significativo para prevenir y / o contrarrestar la diabetes mellitus tipo II ¹³.

La prevalencia de DM en la población de 20 a 65 años de edad es de 13% y está directamente relacionada con la edad. En individuos mayores de 50 años de edad, supera el 20% y se estima que solo el 65.9% es diagnosticado. La mortalidad por DM ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas; actualmente 49,855 personas mueren cada año por esta causa. Otro aspecto fundamental de la epidemiología de la diabetes en México es la proporción de individuos (alrededor del 10%) que desarrollan diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad. Estos sujetos tienen un mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ya que están expuestos a los efectos de la hiperglucemia por períodos más prolongados, comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de la vida ¹³.

Para el control de la enfermedad se aborda la modalidad, en la que los hombres participen en el autocontrol y monitoreo de su enfermedad, así como en grupos de ayuda mutua con la participación de las personas que lo rodean, como son sus familiares, quienes los ayudarán a controlar la enfermedad y evitar o retardar las complicaciones, incapacidad y muerte. El impacto de trabajo es tener los conocimientos necesarios del paciente para encaminar los esfuerzos hacia el cuidado de este grave padecimiento en la población y al mismo tiempo lograr prevenirlo en la niñez y en los jóvenes y así vivir con calidad de vida durante mucho tiempo.

Bajo este contexto las enfermeras requieren conocer las experiencias de vida en hombres de 40 – 55 años que padecen diabetes mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua el municipio de Santa Cruz Atizapán 2014, mediante este trabajo de investigación, para que de esta manera establezcan cuidados en los hombres a partir de lo que refieren ya que cada uno de ellos tiene su propio argumento sobre la forma en que se han adaptado a la enfermedad, de acuerdo con sus vivencias diarias. De esta manera se conocieron las formas de vida de cada persona, sus hábitos y la forma en como han manejado la existencia de la diabetes mellitus tipo

II, tanto en el ámbito social, familiar y físico teniendo la oportunidad de compartir con los demás sus experiencias y recomendaciones para que se sientan escuchados y apoyados por su familia, la sociedad y personal médico y de enfermería y sobre todo que no entren en depresión y baja autoestima sintiéndose queridos por los demás y que se den cuenta de que su enfermedad es solo una oportunidad para dar lo mejor de sí mismos y demostrar que son capaces de sobresalir en la situación en la que se encuentren.

NÚCLEOS TEMÁTICOS GUÍARON LA INVESTIGACIÓN

1. Percepción de la vida de quien vive con diabetes
2. Medidas de control que ha tenido en la diabetes mellitus tipo II
3. Apoyo durante el transcurso de su patología
4. Percepción de la salud
5. Experiencia de vivir con la enfermedad
6. Cambios en su vida con el diagnóstico de enfermedad
7. Sentido de vivir con diabetes mellitus

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Narrar las experiencias de vida en hombres con Diabetes Mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua en el municipio de Santa Cruz Atizapán 2014.

OBJETIVO PARTICULAR

- Identificar el acompañante de estos hombres en el transcurso de su enfermedad.
- Describir el modo de adaptación que tiene sobre su vida diaria.
- Narrar las experiencias para adaptarse con la familia.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Etnografía del municipio de Santa Cruz Atizapán

Atizapán es una palabra de origen náhuatl, que se compone de atl, “agua”; tizatli, “tierra o cosa blanca”; y pan, “en o sobre”, y significa “en el agua blanca”, “en la tierra blanca”. El primer nombre que se conoce que ostentaba el pueblo en sus orígenes fue Tepozoco, “en la arena porosa”.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Se encuentra ubicado en el centro del Estado de México, las coordenadas extremas de la municipalidad son: Latitud norte: del paralelo 19° 09' 42”, al paralelo 19° 11' 13”, longitud oeste del meridiano de Greenwich: del meridiano 99° 28' 29”, al meridiano 99° 31' 10”; Atizapán es uno de los 125 municipios que conforman el Estado de México, pertenece a la Región I: Toluca, y al distrito judicial y rentístico de Tenango del Valle.



Limita al norte con Tianguistenco, al sur con Almoloya del Río y San Antonio la Isla, al este con Tianguistenco y al oeste con San Antonio la Isla. En terrenos de tipo comunal se colinda con los municipios mencionados anteriormente así como con Xalatlaco, Capulhuac y Texcalyacac. Las coordenadas extremas de la municipalidad son: Latitud norte: del paralelo 19° 09' 42”, al paralelo 19° 11' 13”, longitud oeste del meridiano de Greenwich: del meridiano 99° 28' 29”, al meridiano 99° 31' 10”; Atizapán es uno de los 125 municipios que conforman el Estado de México, pertenece a la Región I: Toluca, y al distrito judicial y rentístico de Tenango del Valle. Limita al norte con Santiago Tianguistenco, al sur con Almoloya del Río y San Antonio la Isla, al este con Tianguistenco y al oeste con San Antonio la Isla.

1.1 Aspectos sociodemográficos

Población en Santa Cruz Atizapán

La estructura poblacional es un indicador que permite visualizar los cambios demográficos presentados con el tiempo, cuyo análisis es por grupos de edad: niños, personas en edad reproductiva y población de la tercera edad.

Grupo Etáreo	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0	82	0.79	74	0.71	156	1.51
1-4	451	4.37	411	3.99	862	8.36
5-9	524	5.08	539	5.23	1063	10.32
10-14	520	5.04	535	5.19	1055	10.24
15-19	672	6.52	752	7.30	1424	13.82
20-24	438	4.25	534	5.18	972	9.43
25-29	345	3.34	492	4.77	837	8.12
30-34	458	4.44	424	4.11	882	8.56
35-39	336	3.26	327	3.17	663	6.43
40-44	274	2.66	326	3.16	600	5.82
45-49	258	2.50	227	2.20	485	4.70
50-54	210	2.03	244	2.36	454	4.40
55-59	180	1.74	179	1.73	359	3.48
60-64	72	0.69	76	0.73	148	1.43
65-69	50	0.48	60	0.58	110	1.06
70-74	35	0.33	55	0.53	90	0.87
75-79	30	0.29	40	0.38	70	0.67
80-84	17	0.16	18	0.17	35	0.33
85 y +	15	0.14	19	0.18	35	0.33
Total	4967	48.22	5332	51.77	10299	100

Fuente: proyección CONAPO 2010

La esperanza de vida constituye la probabilidad de morir a diferentes edades, perspectivas que se calcula con los datos reales de mortalidad. Una de las debilidades de éste indicador es que se basa en mortalidad actual, la cual es reflejo de tendencias seculares y por tanto, expresa más las condiciones actuales de la población. El mejor indicador de ello es la esperanza de vida, que aumentó 14.8 años entre 1970 y 2010 ubicándose actualmente en un promedio de 75.4 años (77.8 para las mujeres y 73.1 para los hombres). Como consecuencia del fenómeno del envejecimiento demográfico, la tasa de mortalidad ha aumentado ligeramente para ubicarse en cinco defunciones por cada mil habitantes.

Natalidad y Fecundidad	Santa Cruz A	Edo. México
Nacimientos hombres, 2010	150	167,792
Nacimientos mujeres, 2010	152	168,105
Nacimientos, 2010	302	335,898
Mortalidad		
Defunciones generales hombres, 2010	40	37,513
Defunciones generales mujeres, 2010	28	30,747
Defunciones generales, 2010	68	68,286

Fuente de proyección INEGI 2010

1.2 Características sociales

Vivienda

El crecimiento demográfico acelerado y la construcción de casa habitación trae como consecuencia la disminución de producción agrícola en la comunidad al repartir fracciones de terreno a cada hijo para la construcción de casas, de acuerdo con el INEGI 2010 las características de las vivienda son:

Vivienda y Urbanización	Santa Cruz A	Edo. México
Total de viviendas particulares habitadas, 2010	2,112	3,749,106
Promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas, 2010	4.9	4.1
Viviendas particulares habitadas con piso diferente de tierra, 2010	1,888	3,527,805
Viviendas particulares habitadas que disponen de agua de la red pública en el ámbito de la vivienda, 2010	1,997	3,383,410
Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje, 2010	2,028	3,472,355
Viviendas particulares habitadas que disponen de excusado o sanitario, 2010	2,045	3,540,779
Viviendas particulares habitadas que disponen de energía eléctrica, 2010	2,070	3,646,743
Viviendas particulares habitadas que disponen de refrigerador, 2010	1,330	2,929,118
Viviendas particulares habitadas que disponen de televisión, 2010	1,976	3,538,214
Viviendas particulares habitadas que disponen de lavadora, 2010	1,116	2,423,942
Viviendas particulares habitadas que disponen de computadora, 2010	452	1,162,156
Parques de juegos infantiles, 2009	1	824

Fuente de proyección INEGI 2010

Educación:

Aparte de que hay 289 analfabetos de 15 y más años, 65 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años 302 no tienen ninguna escolaridad, 1766 tienen una escolaridad incompleta. 1151 tienen una escolaridad básica y 1293 cuentan con una educación post-básica.

Un total de 511 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 8 años.

Economía:

En 1988 había en Atizapán 15 establecimientos económicos de la industria manufacturera, 46 comercios y 16 de servicios; en 1993, el número de establecimientos económicos era de 116: 9 de la industria manufacturera, 75 comercios y 32 de servicios; en 1995 una tienda Conasupo, un tianguis, un mercado público y un rastro mecanizado; y en 1996 un establecimiento Liconsa con punto de redistribución con 400 litros diarios de leche.

En 1991, la estructura del suelo agropecuario tenía una superficie de 279,119 hectáreas de las cuales 231,685 eran de labor, 45,680 de pasto natural, agostadero o enmontada, 1,754 sin vegetación, 1,330 ha de riego, 230,355 de temporal y un ejido o comunidad dedicada a la agricultura. El volumen de producción fue de 46.36 toneladas de avena forrajera, 0.002 de frijol y 458.16 de maíz. La existencia ganadera en cabezas fue: 231 de bovino, 255 de porcino, 297 de ovino, 32 de caprino, 168 de equino 1,479 aves de corral, 15 conejos y 12 cajones de colmenas.

1.3 Población Económicamente Activa por Sector

En 1990, la población mayor de 12 años fue de 3,626 habitantes: 1,465 estaban ocupados, 60 desocupados, 2,029 económicamente inactivos, 72 no especificados. De estos 345 laboraban en el sector primario, 724 en el sector secundario, 339 en el terciario y 57 no especificaron. Con relación a la situación de

trabajo, de 1,465: 635 eran empleados u obreros, 178 jornaleros o peones, 484 trabajaban por su cuenta, 26 eran patronos o empresarios, 64 laboraban sin remuneración y 78 no especificaron.

1.4 Situación de salud en la población

El municipio cuenta con una unidad médica de primer nivel de atención siendo un hospital municipal y brindando servicio de hospitalización, formado por cinco consultorios de medicina general, un consultorio dental, 12 camas censables y cinco no censables, laboratorios de análisis clínicos y un quirófano. Es importante mencionar que la infraestructura física en salud del ISEM cubre las necesidades de la población abierta.

1.5 Medio Ambiente

Clima

Es templado sub húmedo con lluvias en verano. La temperatura media anual es de 14.1°C, con una máxima de 29 °C y una mínima de -9 °C. La precipitación pluvial promedio anual es de 760 mm. El promedio de días lluviosos es de 130 al año, 235 días despejados y 95 días permanecen nublados.

Flora

Debido a que era zona lacustre, la flora es rica y variada, hay árboles, arbustos, hierbas y plantas. Entre los árboles destacan el sauce, el ahuejote, el sauce llorón, el pino, el mimbre, eucalipto, alcanfor, tepozán, cedro, ocote y piñón; entre los arbustos destaca el saúco, jarilla, tepozán, popote, trueno; entre los árboles frutales predominan: el capulín, el manzano, el peral, el ciruelo, el higo, el tejocote y el durazno; algunas cactáceas, frondosos nopales, entre las plantas medicinales: la manzanilla, ruda, soapacle o siguapacle, ajenjo, poleo, epazote de perro para té, mirto, árnica, carricillo de los pantanos o cola de caballo, gordolobo, Santa María, istafiate, ajonjolín, salvia, chicalota o amapola silvestre amarilla o blanca, sávila, borraja, chichicaxtle, poleo, huazontle, simonillo, albahaca, amolé,

mejorana, orégano, hierba del perro, hierba del gato, siempre viva, malva, jarilla, trébol, chayotillo, chicalota, trompetilla, escobilla, hoja de negro, mastuerzo, alfilerillo, jastomate, manzanilla, epazote, hierba buena, mirto, hierba de la golondrina, hierba del cáncer, tepopote, gordolobo, tabaquillo, ruda, giote, romerillo, bugambilia, pericón, pesthó, polígala, romero, albahaca y maguey de pulque.

Cerca de las zonas pobladas rodeando a las tierras de las planicies que son de cultivo, existen varias especies agrícolas en las que predominan: el maíz, haba, papa, hortalizas, gramíneas, avena, cebada, trébol, forrajes y hortalizas: zanahoria, lechuga, col, cilantro, epazote y chícharo.

Fauna

De la fauna silvestre sobre sale: el tlacuache, zorrillo, hurón, tuza, rata de campo, cacomixtle; aves como: la golondrina, el gorrión, la calandria, la tórtola y el colibrí; entre los reptiles: la víbora, la culebra, el escorpión, la lagartija de los techos y el camaleón; entre los insectos: chapulín, grillo, vinagrillo, cara de niño, jote o abeja silvestre, moscones, barreno, tomayates de colores múltiples, escarabajo, catarina, luciérnaga, avispa, avispón, orugas, palito, zacatillo, hormiga de variadas especies, talamitas de San Juan, libélulas, moscos y mosquitos durante las lluvias, y lo que jamás podría faltar la mosca; entre los arácnidos: el alacrán es poco venenoso, por el clima templado-frío es escaso; todas las arañas que se hallan en la municipalidad son también propiamente inofensivas; hay múltiples variedades y no de gran tamaño; algunas causan reacciones alérgicas severas, cuando la persona es muy sensible; durante la temporada de lluvias retorna la fauna acuática con gran variedad de peces y batracios ya mencionados.

1.6 Fiestas, Danzas y Tradiciones

Entre las fiestas populares de Atizapán sobresalen dos: la del 17 de marzo, día que se quemó el templo (1879), en la capilla del Pantépetl; y la del 3 de mayo, día de la Santa Cruz, que se organiza ocho días de anticipación con un desfile de

carros alegóricos, mojigangas y representaciones de artistas, danza de arrieros, danza de los chalmeros y de los vaqueros.; el 6 de agosto, a San Salvador: 15 de agosto, a la virgen de la Asunción; 8 de septiembre, a la virgen de Los Remedios, 15 de septiembre a la virgen de los Dolores, el 2 de noviembre, día de los Fieles Difuntos con una misa y berverna popular en la capilla de Nuestro Señor Jesucristo en el panteón municipal y 12 de diciembre a la virgen de Guadalupe; entre las fiestas cívicas destacan los días 15 y 16 de septiembre, las fiestas patrias y el 18 de octubre día de la erección municipal (en 1870).

Música

La danza ritual denominada “Xicontequiz” se hace acompañar por un tamborcillo de madera con baqueta de cuero, es muy similar al huehuetl de Malinalco, y ejecuta música prehispánica; hay dos bandas de música de viento “La Sabrosura” del señor Fernando Villa y “El Tamborazo”, también son tradicionales los grupos de mariachi.

Danza

Entre los grupos de danza típica destacan: la de los inditos o “Xochipitzahuac” (autóctona azteca), los tecomates, las sembradoras, las inditas, las pastoras de los cerritos, la décima, los arrieros, los vaqueros, los lobiros o tecuanis.

Gastronomía

Guardan lugar destacado el atole negro, el champurrado, el atole blanco con sal o panela en trocitos y el chileatole; los tamales de ceniza, los de Ramos o “tamales de chavo”, de frijol, de haba, de calabaza y los de elote tierno; el mole de guajolote; los tlacoyos de haba o frijol, las gorditas de haba; el pinole y los esquites.

En cuanto a la dulcería y repostería, destacan el chilacayote y la calabaza cristalizadas en miel de azúcar, los tejocotes, peras o manzanas en almíbar de azúcar con canela, el capultamal y el dulce de tejocote. Bebidas, el típico pulque

blanco o curado con frutas; los licores de anís con limón, ajeno o ruda, zarzamora, limón con licor de café, canela con lima, tejocote o nanche con ciruela, o los especiales: “salta pa’trás” y el “dos cuadras”

Religión

En 1990, la población total mayor de 5 años fue de 4,626 personas: de ellos 4,359 profesaban la religión católica, 119 la evangélica, 23 la judaica, 43 otra, 44 ninguna y 38 no especificado ¹⁴.

CAPITULO II

DIABETES MELLITUS

En México se registra un aumento de las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra la diabetes, como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización, a estos fenómenos se les ha denominado como problemas emergentes, que afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos, ingresos medios y a los pobres. La prevalencia de la diabetes sigue ascendiendo en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra ascendió a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones aproximadamente ¹⁵.

Según información de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993), se estimó una prevalencia de diabetes de 8.2% en la población mexicana de 20 a 69 años y para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSA 2012) estimó la prevalencia en 10.9%. ¹⁵.

2.1 Diabetes mellitus definición y descripción

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas (American Diabetes Association [ADA], Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003) normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias ¹⁶.

2.2 Diabetes Mellitus I

Las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A éste grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto. Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no esta medida por autoinmunidad ¹⁷.

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos de anticuerpos negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islotes (ICA), antirosina fosfatasa (IA-2) y antiinsulina; su detección permite subdividir la DM1 en:

- A. Autoinmune
- B. Idiopático ¹⁷.

2.3 Diabetes Mellitus II

Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión los dos defectos primarios predominantes en cada hombre, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos ¹⁷.

2.4 Signos y síntomas

Para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus (DM) se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas clásicos de la diabetes incluyen:

Agotamiento y mucha sed: como consecuencia de la falta de combustible en las células, estas no producen energía y se alteran sus funciones. Esta falta de energía es la razón por la cual que un paciente con diabetes no controlado puede sentirse débil y sin fuerza. Pérdida de peso: puesto que no puede recibirse energía de los azúcares, el organismo intenta obtenerla a partir de las grasas, produciéndose una movilización de las que se encuentran almacenadas en el tejido adiposo. Esta es una de las razones de la pérdida de peso en las personas con diabetes ¹⁸.

Mucha sed y aumento en la orina: el riñón, que actúa como un filtro de glucosa, se torna incapaz para concentrarla toda, por lo que se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo. Esto conduce a una deshidratación que percibe el hombre con diabetes como un aumento de la sensación de sed. La eliminación de agua hace que las personas con diabetes no controlada tiendan a orinar más de lo normal ¹⁸.

2.5 Diagnóstico

El diagnóstico de diabetes se establece cuando una persona tiene valores anormalmente elevados de glucosa en la sangre. Los valores de glucosa en la sangre a menudo se determinan durante una exploración física de rutina. Es muy importante la verificación de la concentración de glucosa en la sangre anualmente, en especial en las personas mayores, puesto que la diabetes es muy frecuente en individuos de edad avanzada. Una persona puede tener diabetes, en particular del tipo 2, e ignorarlo. El médico también puede comprobar los niveles de glucosa cuando una persona presenta un aumento de la sed, la micción o el hambre;

infecciones frecuentes o signos de cualquier otra complicación asociada con la diabetes ¹⁹.

Para medir los valores de glucosa, generalmente, se recoge una muestra de sangre de la persona, que debe estar en ayunas desde la noche anterior. Sin embargo, se puede recoger la muestra de sangre después de que la persona haya comido. Después de comer, se considera normal cierto aumento en los niveles de glucosa, aunque dichos niveles no deben ser muy altos incluso después de una comida. Los niveles de glucosa después del ayuno no deben nunca pasar de 126 mg/dl. Incluso después de comer los niveles de glucosa no deben ser superiores a 200 mg/dl ¹⁹.

2.6 Complicaciones

Unos niveles altos de glucosa producen un estrechamiento de los vasos sanguíneos pequeños y grandes. Las sustancias complejas derivadas de la glucosa se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos pequeños provocando su hinchazón y pequeñas fugas. A medida que se produce esta hinchazón de los vasos sanguíneos se disminuye el aporte de sangre a los tejidos, sobre todo a la piel y a los nervios. El control inadecuado de los niveles de glucosa en la sangre puede hacer que aumente la concentración de grasa en la sangre, lo que conduce a la aterosclerosis y a la disminución del flujo sanguíneo en los vasos más grandes ²⁰.

La aterosclerosis es entre 2 y 6 veces más frecuente en las personas con diabetes que en aquellas que no la padecen y suele aparecer a una edad menor. Con el paso del tiempo, los niveles elevados de glucosa en la sangre y mala circulación pueden provocar alteraciones fisiológicas en el corazón, el cerebro, las piernas, los ojos, los riñones, los nervios y la piel, iniciando así trastornos graves como: Angina, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, calambres en las piernas al caminar (claudicación), mala visión, lesiones renales, lesión del sistema

nervioso (neuropatía) y descomposición de la piel. Los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares son más frecuentes entre las personas diabéticas ²⁰.

La escasa circulación en la piel puede provocar úlceras e infecciones y un retraso en la curación de todas las heridas. Las personas con diabetes son propensos sobre todo a presentar úlceras e infecciones en los pies y las piernas. Con mucha frecuencia, estas heridas cicatrizan muy lentamente o no del todo, y puede ser necesaria una amputación del pie o parte de la pierna. Las lesiones en los vasos sanguíneos del ojo pueden provocar la pérdida de la visión (retinopatía diabética). La cirugía con láser puede sellar herméticamente los vasos sanguíneos sangrantes del ojo y evitar una lesión permanente en la retina. La función de los riñones se altera y se produce una insuficiencia renal que puede requerir diálisis o trasplante. Habitualmente se examina la orina de las personas con diabetes en busca de niveles excesivamente altos de proteína (albumina), que es una señal precoz de lesión renal ¹⁹.

La enfermedad, en cualquiera de sus manifestaciones, es un proceso que afecta al ser humano en todas las esferas que lo constituyen: física, psicológica y social. En el inicio del desarrollo de ciertos padecimientos irreversibles, como es el caso de la diabetes, se enfrentará a una situación desconocida, que podría provocar temor inseguridad, así como ansiedad, angustia, frustración, molestias físicas, alteraciones en el sueño, cambios en el estado de ánimo, síntomas relacionados con la disminución de autoestima e incluso depresión. Se puede presentar además temor a los malestares o al deterioro físico, porque podrían ocasionar dependencia de los familiares o de otras personas como cuidadores, así como angustia ante la posibilidad de sufrimiento o muerte, que le impide al enfermo ver la realidad de manera objetiva. La Diabetes también puede causar miedo, dolor, tristeza e incertidumbre porque su presencia implica necesariamente un cambio en el estilo de vida; que no necesariamente limita las capacidades, facultades y libertades del paciente, simplemente implica un cambio en ciertos hábitos y formas de vida ¹⁹.

2.7 Situación mundial de la diabetes

La diabetes tipo 2 es una de las enfermedades más frecuentes en clínica humana. La prevalencia de la diabetes continúa en ascenso en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra creció a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones. Los diez países con más casos en el mundo son, por orden de frecuencia India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania. De continuar con esta tendencia, en el año 2025 México ascenderá al séptimo lugar, esto según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud ¹².

La OMS ¹², estimó que en 1999 ocurrieron 55 965 000 muertes y de estas 1.4% fueron debidas a la diabetes; para ese mismo año en América ocurrieron 5 687 000 defunciones y alrededor de 3.7% fueron registradas como diabetes; se calcula que debido a problemas específicos de registro deficiente, la diabetes podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor que la reportada en las estadísticas vitales. El número total de muertes relacionadas por esta causa en América Latina y el Caribe podría ascender a alrededor de 300 000 por año, es decir el porcentaje se incrementaría a 5.1%. Las tasas para Argentina y Chile en 1993 y 1994 respectivamente mostraron cifras similares en hombres y mujeres mientras que el resto de los países de América Latina y el Caribe la tasa de las mujeres sobrepasa las de los hombres.

Un factor que condiciona enormemente la prevalencia de la diabetes tipo 2 es de origen étnico, de modo que en algunos grupos existen cifras muy elevadas, como los individuos de la raza negra (9.9%), los Mexicanos (10.9%) y los indios pima (34.1%) en EUA, los aborígenes en Australia (12.6%) y los chinos en la isla Mauricio (15.8%). Una de las características comunes a estos grupos étnicos es que han sufrido importantísimos cambios en sus hábitos alimentarios en pocos años. Es probable que la explosión de diabetes en dichos individuos se deba a la

introducción de estos cambios alimentarios en un contexto de hiperinsulinismo genéticamente condicionado ³.

La transición demográfica y epidemiológica que está sufriendo México, ha llevado a la población a una mayor esperanza de vida al nacer, hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025. También destaca un crecimiento acelerado en la población adulta mayor, en quienes el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico-degenerativas se incrementa. Se estima que este ritmo en el crecimiento del número de adultos mayores, se mantendrá por lo menos durante los próximos 50 años. Las personas adultas y jóvenes de hoy formarán parte del grupo de los adultos mayores durante la primera mitad del siglo XXI.

Otro elemento que ha favorecido la epidemia de diabetes es la magnitud del incremento demográfico que se derivó de la acelerada dinámica que tuvo la población hasta los años sesenta ; actualmente en el envejecimiento de la población se advierten dos claras transferencias, la primera de la población infantil y juvenil de 0 a 14 años, a la anciana, donde el decremento de 14.2 millones en los primeros se equipara casi al incremento de 14.5 millones entre quienes tienen de 65 a 75 años de edad; y la segunda donde las edades laborales (31 a 45 años) disminuye a 6.8 millones y está perdida es asumida por el grupo de los viejos ²⁰.

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 %. Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general ⁴. A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la cirrosis

hepática), la tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años ⁴.

Desde el punto de vista epidemiológico, la diabetes tipo II no tiene una causa específica. Tiene aspectos epidemiológicos característicos, y en gran parte de la variación de su frecuencia se debe a factores de riesgo identificados. Además, prevalecen relaciones constantes con factores de riesgo conocidos dentro de las poblaciones, lo cual hace pensar que casi todos los pacientes comparten una base patogénica semejante ⁵.

CAPITULO III

EXPERIENCIA DE VIDA

3.1 Concepto de experiencia se define:

En general se entiende por experiencia todo aquello que depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad; es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad, de la percepción sensible. En un sentido más cotidiano se entiende por experiencia el saber acumulado por una persona mediante el aprendizaje (por repetición, las más de la veces) o por una vivencia reflexiva sobre las circunstancias profesionales o vitales, en general ⁸.

Por ello experiencia de vida se entiende como el Conjunto de ideas y conocimientos adquiridos durante periodos que se han vivido en el transcurso de la vida de cada persona y estos pueden ser agradables y desagradables, La vida es el resultado de una organización elaborada basada en componentes triviales y fuerzas ordinarias. La vida es actividad llevada a cabo por un organismo vivo. Desde el punto de vista biológico los organismos vivos pueden definirse mejor describiendo sus actividades. Los organismos vivos son capaces de metabolizar, crecer, reproducirse, moverse, reaccionar y organizarse. Sin embargo, en un sentido real, la vida desafía a la definición científica ²¹.

“La Vida es la suma de propiedades mediante las cuales un organismo crece, se reproduce y se adapta a su ambiente; la cualidad por la cual un organismo difiere de los cuerpos inorgánicos muertos” ²².

3. 2 Experiencia de vida

En relación a experiencia Hildegard P, refiere que “experiencia es todo aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien, mencionado además que la percepción interna de una persona tiene de los acontecimientos en que se ha participado”. Es

así que al hablar de experiencia nos referimos a que el ser humano tiene que enfrentarse consigo mismo, es decir entra en relación cognitiva con su propio yo, cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces que se produce es algo único e irrepetible, que no solo existe en el momento único en que se produce sino que dura el tiempo en que se mantiene la relación cognitiva ²³.

Para Karol ⁹, en su obra “Persona y Acción” afirma que la experiencia que el hombre tiene de sí mismo es la más rica y sin duda alguna, la más compleja de todas de todas las experiencias a las que tiene acceso. La experiencia que el hombre tiene puede tener alguna realidad exterior así mismo está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior, sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Cuando hablamos de la experiencia del hombre, nos referimos , fundamentalmente al hecho de que en esta experiencia el hombre tiene para enfrentarse consigo mismo; es decir, entra en relación cognoscitiva con su propio yo. La experiencia que tiene de sí mismo se puede considerar, en uno u otro sentido, como una realidad continúa. La experiencia de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones o emociones que posteriormente son ordenadas por la mente. Indudablemente, cada experiencia es un hecho singular, y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible; pero, aun así, existe algo que, debido todo a una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la “experiencia del hombre” ⁹.

Por lo tanto experiencia de vida

“La vida es un conjunto de componentes con capacidad de sub existir por sus propios medios; la vida hace referencia a la duración de las cosas o a su proceso de evolución”. La historia de vida es el eco del pasado y la ventana del futuro. Es posible armar nuestra historia: desde la infancia, la adolescencia, la entrada a la adultez, con los procesos de trabajo y estudios vinculados a estos períodos; una historia de vida, además, trata sobre las vicisitudes que te han tocado vivir, es decir, todo aquello relevante que consideres vital en el recuento de tu vida. Hurga

en tus recuerdos, anécdotas, busca en las fotografías familiares y personales las circunstancias en las que esas fotos se tomaron y su significado con el paso del tiempo, busca en la prensa de la época de tu infancia o de tu juventud las noticias del entorno sociocultural de tu trayecto vital ¹¹.

Para hacer una historia de vida no existe un método único; te puedes apoyar en las autobiografías, biografías y relatos de otras personas conocidas o importantes. Es fundamental tener presente que en cada individuo hay una voz propia, única, original, como su historia misma. Por ello, proponemos una guía general basada en el tránsito evolutivo de cada persona, que lleva un camino desde que nace hasta el momento en que escribe su relato porque ha decidido que su vida se puede contar ¹¹.

Nuestra vida la expresamos por nuestras experiencias, esas experiencias de vida están presentes en cualquier persona, de ahí que contarlas, o escucharlas, sea algo tan cotidiano, como necesario, en nuestras relaciones personales. Por la palabra, escrita o hablada, contamos aquellos que vivimos. También por ella los demás reconocen algo de nuestra acción presente, de nuestra vida. Así entendemos por qué para cada uno es tan importante como piensa y como vive en cada momento. También comprendemos por qué tratamos de compartir las experiencias, y reconocemos, por ejemplo, el valor de sentirnos acogidos en una conservación sincera entre amigos. La palabra es un vehículo cotidiano por el que hallamos un modo de expresar y reconocer el sentido de lo que somos ²⁴.

Un filósofo alemán, Fichte, afirmaba, en la palabra, una acción de la conciencia reflexiva, según la cual estabilizamos lo que vivimos, es decir, lo fijamos. Sin ir al fondo de esta consideración, es evidente que la palabra nos permite decir lo que vivimos, y comunicar con los demás. También es claro que, aun que tuviésemos todas las palabras del mundo y las lenguas del mundo, nos quedaríamos cortos para explicar la totalidad de una experiencia. Pero igualmente podemos decir que la palabra, el pensamiento, es proporción para comunicar del mejor modo posible

nuestra vida. Según esto, cuando hablamos con otra persona, escribimos, o leemos, tenemos ante nosotros la oportunidad de dar y recibir; en definitiva de compartir por la palabra ²⁴.

El reto inicial, en la experiencia de compartir la vida, es llegar a ver y escuchar cotidianamente a quienes me rodean, mi familia, mis amigos, mis compañeros de trabajo o estudio, siempre abiertos a los demás. Cada uno sabe quién le llama a vivir esta experiencia en su día a día. Para ver y escuchar, en el sentido más radical, se exige la apertura en nuestras relaciones diarias, una mirada atenta y una escucha cuidadosa, capas incluso de escuchar los silencios ²⁴.

En las dos últimas décadas se ha podido comprobar cómo se ha ido recuperando de forma progresiva tanto en la antropología como en el resto de las ciencias sociales, la utilización y aplicación del método biográfico, debido a una revalorización del ser humano concreto como sujeto de estudio. Hay un interés renovado por entender la forma en que las personas construyen la realidad social, por sus autobiografías. En todo relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, cuyo objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona recogiendo tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia. Aquí el investigador solamente es el inductor de la narración, su transcriptor y también el encargado de retocar el texto, tanto para ordenar la investigación del relato obtenido en las diferentes sesiones de entrevista, como el responsable de sugerir al informante la necesidad de cubrir los huecos informativos olvidados por el sujeto ²¹.

La historia de vida no es nunca de una sola vida. Es el relato de un ser humano aparecen múltiples personas cuyas vidas también se describen parcialmente. Es posible realizar un análisis de relatos paralelos, o incluso un estudio sistemático de todos los que parecen en una historia vida. Pero esas personas se remiten a otras, y así hasta el infinito. El objetivo debe ser cotejar que los hechos ocurrieron de la forma en que se describe, pero sobre todo se trata de resaltar las construcciones

diferentes de la realidad social. El objetivo fundamental de toda historia de vida es expresar el sentido de vida de una persona. Toda la vida es la repetición inconsciente de pautas adquiridas en la infancia, no es el desarrollo de una línea única y lógica de crecimiento o de progreso ²¹.

A la hora de analizar las diferentes historias hay que tener presente las diferencias entre la vida relatada y la realmente experimentada, entre la autobiografía como relato y lo que ocurre de verdad. El problema con las historias de vida es que tienden a racionalizar sucesos y decisiones que en momentos anteriores se reconstruirían de otro modo. La racionalización es una forma de legitimación. Las auto / biografías representan un sistema de legitimación de una vida, e incluso de una estructura social determinada. La interpretación de lo que ocurrió hace varias décadas no es solo un problema de memoria sino de racionalización de lo ocurrido. La persona que relata su vida describe la realidad, en base a una selección de acontecimientos. Una vida individual no puede ser escrita fuera de contexto. Toda autobiografía es la vida de una persona principal, pero articulada con otras vidas. Los actores secundarios adquieren a veces una relevancia especial ²¹.

La historia de vida es una catarsis personal; pero sirve también para entender la forma en que las pautas y normas sociales se integran y reproducen en un individuo y su familia. La obligación cultural de dar coherencia a la vida (a cualquier vida, pero mucho más a una que es narrada que se va luego a publicar como libro) no es solo una forma social, sino que suele ser interiorizada por las personas. Al contar la vida propia una persona asume la tarea de darle sentido. Dar sentido incluye al menos dos cosas:

1. Tratar de explicar por qué ha llegado a ser quien es – aquí y ahora – es decir mostrando la influencia de las variables internas (personalidad, gusto), y las variables externas (condicionamientos económicos, sociales, recursos) en la vida.

2. Tiene que definir qué sucesos, hechos, decisiones, trazos de su vida son importantes para otra persona que le quiera conocer ²¹.

Cada cultura posee relatos de vida que se consideran como historias típicas. La cultura occidental comparte y populariza esos tipos que aparte de los héroes locales son personajes de cuentos / novelas. En la cultura actual, el poder configurar de algunas estrellas es también evidente. La moral de la virtud recompensada es parte también de una estrategia común de dar sentido a la vida. Actitudes y conductas están relacionadas de forma algo misteriosa y salvo algunos casos de forma poco predecible. Aplicar un patrón de coherencia y dar sentido a una vida sirve para definir la conducta futura ²⁵.

La mayoría de las historias de vida conocidas se basan fundamentalmente en el sentido común, en principios naturales y sólidos de la convivencia dentro de un grupo social determinado. El sentido común es común a todos, como si se tratase de un hecho sin discusión. Sin embargo, no hay nada más discutible que los códigos morales que derivan del sentido común. El protagonista suele clasificar personajes como que pertenecen a un grupo social con un código normativo determinado; así se clasifican personas o clanes. Dar sentido a la vida supone explicar la forma en que se llegó a ser ese tipo de persona, y no de otra manera. Además se interpreta el sentido de uno mismo y las estrategias que permiten esa interpretación. El problema es que puede haber versiones múltiples de una vida. Ninguna vida es final, ni es contada en su totalidad. Pero cada versión puede ser verdadera ²¹.

3. 3 Tres miradas a lo importante

Para empezar plantearemos algo que siempre parece latiendo en la inquietud más interior que uno pueda buscar en sí mismo, es decir, ese cuestionamiento que parece asaltarnos en los momentos particularmente serios de la vida, cuando uno dice: vamos a pensar en serio que es lo que quiero, o qué sentido tiene mi vivir. Es una de esas puestas en escena que me decido a hora a realizar, con un método

propio que nos permite acercarnos a lo importante en la vida de cada quien. Obviamente estos pensamientos tienen un carácter parcial al requerir otros estudios, más detallados y de profundización. Escribir acerca de lo importante es de las cosas más difíciles que hay, en primer lugar porque no sabemos con certeza que es lo importante. En segundo lugar porque, aunque sospechamos o intuimos algo al respecto, preferimos vivir eso que vemos en el instante como importante, antes que escribirlo. Aunque paradójicamente cuando escribimos eso que valoramos como importante hace un momento, parece que empezamos a asistir a su ocaso, como si se escapase de nuestras manos²⁴.

Suele decirse que el hombre aprende por experiencia. Aprender y experimentar están sin duda en íntima relación mas no por eso se los debe igualar. Si tomamos en su acepción plena el concepto de experiencia, no todo aprender significa una experiencia. Por ejemplo, lo que hemos aprendido en la escuela dista de ser experiencia. Constituye un mero saber, y este saber enseñado, transmitido por otro individuo, es desconocido a lo experimentado por nosotros mismos. La experiencia debemos insistir en ello una vez más, es siempre hecha por el propio individuo. Puede ser nada más por informantes. Para que de allí nazca una experiencia, el individuo debe participar directamente. No solo ha de recoger un saber, sino ser sorprendido en su persona. Por la experiencia se transforma él mismo. Volvemos a recordar que la experiencia es siempre, al mismo tiempo, un poder hacer²⁶.

Por eso este aprender por experiencia tampoco puede nacer de un propósito deliberado. Es una forma de aprendizaje a que el individuo es forzado por los acontecimientos. Entonces, es algo que sobreviene después de estos. Como regulación de la conducta puede desplegarse en buena parte en un estrato inconsciente o semiconsciente. Pero puede ocurrir también que lo acontecido repercuta en mayor profundidad perturbando la vida habitual, y así obligue a un enfrenta-miento consciente. Aquí se manifiesta bien a las claras ese carácter de posterioridad, que remite a lo ya ocurrido. La experiencia nace de una meditación

que procura esclarecer lo que al principio parecía incomprendible: nace de la elaboración y apropiación de aquello que nos sale al encuentro de una manera indeseada y no prevista ²⁶.

3.3.1 Las experiencias de la vida

Para muchos la experiencia de la vida está comprometida en un constante crecimiento (en unos individuos más, en otros menos) y que la contingencia del punto de partida individual se compense hasta cierto punto con la adquisición de nuevas experiencias, la experiencia es siempre por completo personal e individual²⁶. Es algo que nos cambia, que modifica la percepción del entorno, de las relaciones y de los sucesos. Desde este enfoque, el aprendizaje, como experiencia social o colectiva, jalonea nuestro desarrollo y moviliza los límites de nuestras potencialidades. Aprender, nos hace mejores en tanto modifica los dispositivos y mecanismos de que disponemos para aprender ²⁷.

El aprendizaje es una experiencia, aprender es un acto que ejecutamos a cada momento, cada día, para diversos contenidos o contextos. Así, aprender es algo constante, continuo, permanente, un algo que pasa y que queda, se instala en el saber, la mirada o la palabra; un algo que se evidencia en el silencio, en la forma del pensamiento o en el lápiz que se desplaza por la hoja en busca del sentido de los trazos. El aprendizaje continuo significa tener la capacidad de comprometerse inteligentemente con la incertidumbre y persistir frente a la dificultad cuando ello importa. Se trata de decidir qué invitaciones del aprendizaje hay que aceptar, y cuáles rechazar, basándonos en una valoración sagaz de los propios objetivos y recursos, y no en la inseguridad y en las dudas sobre uno mismo ²⁸.

3.3.2 La experiencia del temor

El temor propiamente muestra otra cosa está en sintonía con las posibilidades de las creencias vividas con un sentido y apertura. El temor como tal no significa mal alguno en nosotros sencillamente es un experiencia en el horizonte de búsqueda en la que nos embarcamos. Claramente el temor es un anticipo que revela en

nosotros parte de nuestra experiencia de mal, es decir, cuando veo que mis acciones, fundadas en mis creencias, tienen consecuencias, en el mejor y peor de los sentidos posibles, siento las posibilidades y límites de mi acción libre, y las responsabilidades que la comporta ²⁴.

El temor, es entonces, una experiencia que nos permite acercarnos a lo importante, por sí mismos. El miedo al temor, o a la representación que hagamos del temor, no pueden callar la inquietud que nos pone en situación para esa atención, temerosa y apasionante, de gozo y dolor, de alternativa. En realidad quien teme en el sentido fuerte que hemos mencionado, libre, revisa sus creencias, y emprende cuantas veces sea necesaria, nuevas acciones como miras a lo normal, con su acción, no solo pudiese redimir su culpa, y afirmar su felicidad, si no la de todo el mundo ²⁴.

3.3.3 Las experiencias del ansia

Pensemos que normalmente asociamos el ansia con el deseo. Así por ejemplo decimos casi en el mismo sentido, me gustaría ser bueno o rico, como quiero serlo o ansió serlo. De ese modo este querer está asociado a mi decisión activa, a mi deseo de alcanzar algo, o ser algo. En este caso se trataría de poner todos los medios a mi alcance, para ser bueno o rico. Aun así digamos que es distinto, de raíz el deseo o el querer de la experiencia del ansia. Por eso, como veremos aunque el deseo es tan propio y valioso en nuestras vidas, la experiencia del ansia tiene la misma dirección que nos indicaban la revisión de las creencias y la experiencia del temor. El ansia, por decirlo un poco de golpe, está más atado al aliento último y primero de mi propia vida, que a la acción diligente, voluntaria, cuando deseamos algo y nos ponemos a la tarea ²⁴.

3.4 Las narrativas de situaciones de enfermería

La ciencia y la filosofía comparten las metas comunes de aumentar el conocimiento. La ciencia de cualquier disciplina está ligada a su filosofía, le da las bases para entender y desarrollar teorías para la ciencia. La filosofía de una

disciplina estudia los conceptos que estructuran los procesos de pensamiento de dicha disciplina con el fin de reconocer y revelar los fundamentos y los supuestos que la sustentan. Las filosofías se han definido como “estudio de problemas que son sumamente importantes, abstractos y generales estos problemas tienen que ver con la naturaleza de la existencia del conocimiento, la moralidad, la razón y el propósito humano”. Aun cuando las narrativas de situaciones de enfermería permitirían conocer los conceptos ontológicos es decir, de naturaleza del cuidado de enfermería, en este texto hemos decidido enfatizar principalmente en su utilidad para comprender aspectos epistemológicos de la ciencia de enfermería.

Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de considerar la forma de desarrollar el conocimiento desde diversas perspectivas. Una narrativa de acuerdo con quien la narre puede reflejar una perspectiva, según su orientación personal y las perspectivas predominantes en su vida diaria. Otras personas quizá tengan una visión más holística, de la vida y en una misma narrativa sean capaces de describir diversas perspectivas para ver el desarrollo de experiencias teniendo en cuenta las múltiples posibilidades que puede tener una disciplina como enfermería, Meléis afirma, cada ser humano tiene una perspectiva a cerca del mundo que lo rodea y una perspectiva a través de la cual se perciben, se comprenden e interpretan las situaciones de la vida. Los hombres desarrollan unas perspectivas que comparten y definen las formas como se da valor a las cosas o situaciones. Por medio de estas perspectivas compartidas los hombres expresan su cultura, valores, educación, experiencias de trabajo y a su vez estas perspectivas influyen en la forma de apreciar los hechos, los eventos o las situaciones²⁹.

Una perspectiva es la forma como los miembros de un grupo ven y caracterizan una situación, es la suma total de actitudes y apariencias que ayudan a los miembros de un grupo definido a desarrollar una posición o un punto de vista en resumen, una perspectiva se basa en un conjunto de valores que ayudan a caracterizar la naturaleza del mundo a los miembros de un grupo; Las

perspectivas reflejan los métodos para desarrollar el conocimiento de hombres mujeres y niños. Estas muestran las experiencias de los hombres para llegar al dominio de estas perspectivas actuando enfermería como coadyuvante ante la enfermedad, en las cuales se destacan cuatro características: la naturaleza de la ciencia humana; los aspectos prácticos de enfermería, las relaciones de cuidado entre la enfermera y los pacientes y las perspectivas de salud y bienestar ²⁹.

Las narrativas tienen el mérito de proporcionar una información completa acerca de estas perspectivas, no solo porque reflejan todas las acciones de los hombres enfocados a la preservación de su salud, sino porque Travelvee y Newman, es importante el reconocimiento de la salud considerando las experiencias o vivencias de los pacientes en relación con su estado físico. Se podría decir que en las narrativas existen aspectos objetivos y subjetivos que reflejan todas las perspectivas en una situación desequilibrada en la vida de cada persona ²³.

3.5 La experiencia de sentirse enfermo

Las personas enfermas refieren la forma en que el padecimiento afecta su vida y por su parte los familiares describen sus percepciones respecto a la experiencia de compartir el padecimiento con sus enfermos. El padecimiento es entendido como aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva, en los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos y una serie de eventos ligados y/o derivados de la enfermedad y de su atención. Cada sujeto tiene experiencias particulares y únicas con su padecimiento y durante la evolución del mismo. Las personas enfermas y sus familiares coinciden en que los primeros síntomas de la diabetes son la Poliuria, polidipsia, adinamia y vértigo, referida también “desguanzamiento” y hablan de algún signos extremos que van de la obesidad al bajo peso, pero mientras que para unos los síntomas son leves y llegan a decir que no sienten

estar enfermos, para otros son más marcados y constantes, llegándoles a causar limitaciones para su vida social ²⁹.

3.5.1 Percepciones sobre el apoyo familiar

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos aceptan la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refiere como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia atender sus demandas y los beneficios que dan el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiera ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad ²⁹.

Los familiares reconocen que es importante mantener una comunicación constante, que les permita a sus enfermos exponer sus necesidades que no son solo físicas propias de la enfermedad, sino que también emocionales, pues el simple hecho de expresarle alguna frase de aliento los llega a reconfortar, dar confianza y motivar. Tratan de hacerles sentir que les preocupa su situación, ya que es imprescindible para continuar con su vida, para lograr mantener una buena interacción dentro de la familia, y que sea lo más positivamente posible ²⁹.

De manera particular la experiencia del padecimiento tiene una repercusión directa en la persona que se responsabiliza del cuidado del enfermo, se le conoce como cuidador o cuidador primario. En las últimas décadas se han hecho más evidente la manera como los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del auto cuidado así como en la observancia del tratamiento médico ³⁰.

En este sentido el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control de su enfermedad, es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos, de esta manera la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad, desde la perspectiva del modelo de efecto directo, que plantea en el apoyo social favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud³¹.

En ese sentido los profesionales de la salud deben considerar las dimensiones de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes considerando que el sistema familiar se verá afectado por la enfermedad y todo lo que conlleva y que a su vez una dinámica familiar favorable contribuirá en el cuidado de la salud del enfermo crónico.

Las dimensiones de la persona afectada por la enfermedad

La experiencia del sufrimiento es una de las constantes más universales en la vida del hombre: la aparición de la amenaza de enfermedad o muerte puede repercutir en todas las dimensiones de la persona y puede traducirse en un quiebre vital. Es también, como toda crisis, una oportunidad en la cual se puede ganar mucho en el propio desarrollo y/o lograr un cambio de sentido en la vida. Hoy existe bastante evidencia sobre la necesidad de diferenciar lo que llamamos “enfermedad” (el proceso definido en parámetros biológicos) de la experiencia subjetiva que tiene el enfermo de sufrimiento, que algunos llaman “dolencia”, o de forma más general, experiencia de enfermedad. De forma paralela, se distingue entre “dolor” y “sufrimiento”. Este último término se refiere a la experiencia subjetiva del enfermo. La persona es un ser biosicosocial y espiritual. Esta forma de

separación en dimensiones es sólo en términos de comprender mejor lo que somos los seres humanos ya que la experiencia es algo que incluye todo el ser. Una visión integral de la persona que sufre permite comprender mejor y estar atentos al impacto personal que puede tener la enfermedad en la vida de la persona, para darle así una atención más humana y eficaz ³².

Dimensión física o corporal, el sufrimiento puede estar relacionado a la aparición de síntomas, incapacidad, necesidad de tratamientos y el esfuerzo que implica ponerse en acción para afrontarlos, ya sea de forma aguda o crónica el cuerpo entero, y de forma particular el rostro, expresan de forma directa o sutil la magnitud y forma del sufrimiento.

Dimensión social: el sufrimiento tiene que ver con las dificultades en las relaciones interpersonales, la incapacidad de establecer o mantener vínculos o amistades, la marginación o exclusión, el desarraigo, el abandono o las dificultades relacionadas a la supervivencia. Elementos que son importantes en la calidad de vida de los pacientes, que pueden servir de apoyo a su cuidado o que pueden servir como justificaciones para no necesitar cuidarse.

Dimensión intelectual: el sufrimiento puede estar dado por la incertidumbre, los temores, la incapacidad de tomar decisiones y todos aquellos estados mentales que suponen una dificultad: agotamiento, manifestaciones de desequilibrio psíquico, inquietud, dudas, disonancias cognitivas, alteraciones de conciencia, creencias e ideas de descontrol entre otras.

Dimensión afectiva: el sufrimiento puede aparecer ante la pérdida de una relación significativa, ante la soledad o ante la experiencia de ser incomprendido.

Dimensión espiritual: puede tener relación con el vacío interior, el sentido de culpa, la dificultad de perdonar o perdonarse, la incapacidad de conseguir las propias aspiraciones, el sentido de inutilidad o la alienación de Dios, de los otros o

de uno mismo. Tiene relación con la dificultad de encontrar un sentido a la vida y a la propia enfermedad.

La Relación de ayuda en enfermería y su foco centrado en el paciente, implica reconocer las dimensiones afectadas en el paciente y comprender sus necesidades. Según el modelo de Relación de Ayuda, el sufrimiento conduce con frecuencia a un estado de enclaustramiento o aislamiento emocional que se traduce en la sensación de impotencia y desesperanza. Un primer objetivo es establecer el vínculo a nivel emocional, con gestos, cercanía física y psicológica, para ayudarle a salir de este aislamiento. Una vez establecido el vínculo emocional es más fácil centrarse en la solución del problema o afrontar las dificultades ³².

Factores que pueden determinan el impacto de la enfermedad en la vida de una persona

- **El tipo de enfermedad** (gravedad o amenaza potencial, pronóstico, incapacidad, etc.).
- **La etapa en el ciclo de vida:** responsabilidades, grado de libertad, tareas concretas y logros. La amenaza potencial puede ser mayor cuando la persona se encuentra con grandes responsabilidades, en etapa de transición, o con tareas no logradas de las etapas anteriores.
- **El sistema de apoyo externo:** este factor, comprobado en las investigaciones del área de la epidemiología social como un determinante clave de morbi-mortalidad, puede estar dado por la presencia y ayuda concreta de familiares, amigos, grupos de pertenencia (Iglesia, grupos sociales, recreativos, voluntariado, etc.), instituciones de salud y centros o personas con capacidad de ayuda.
- **Los recursos personales:** se refieren a un gran conjunto de elementos que abarca desde factores psicológicos (autoestima, autoaceptación, carácter, grado de confianza personal, integración previa de experiencias

negativas y rasgos como valentía, paciencia, honestidad, equilibrio emocional, optimismo, creatividad, serenidad entre otros), factores culturales (educación, grado de información, hobbies), factores interpersonales (capacidad de establecer y mantener vínculos, capacidad de dar y recibir ayuda) y recursos espirituales (fé, orientación general de la propia vida, sentido de servicio, desapego).

- **El significado que le da el paciente a su enfermedad:** La enfermedad, que siempre acontece en un contexto de vida del individuo, interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de la misma, lo que pone en crisis las relaciones con el cuerpo y con el mundo en que vive. Una enfermedad es una situación que modifica y hace perder los roles familiares que definen la posición de cada uno en el contexto social

Algunas de las diferentes reacciones psicológicas frente a la enfermedad

La persona que enferma vive pues en una especie de desorientación de la propia identidad, que no siempre se resuelve fácilmente. La vivencia de la enfermedad es además diferente en cada individuo, pues depende de muchos factores. El factor clave es el significado que le da el paciente. A esto se debe que enfermedades aparentemente leves susciten a veces reacciones emocionales intensas o al revés. Las reacciones emocionales que se derivan dependen de este significado, lo que traduce complejos procesos psíquicos ³².

Existen algunos significados que son comunes a los enfermos: los asociados a las experiencias de peligro, frustración y pérdida. Las emociones asociadas van en la línea de la ansiedad, la rabia y la depresión.

Si bien el miedo se asocia a un peligro externo más claro en la conciencia, y la ansiedad a un peligro más vago y desconocido, en el paciente ambos se confunden. Dos factores ayudan a disminuir la carga negativa de estas emociones: poder hablar de ellas, expresarlas, y recibir información adecuada,

necesidades que aparecen de forma muy frecuente en los enfermos y que muchas veces los agentes de salud no están preparados para afrontarlas y comprender las reacciones emotivas que presentan los pacientes.

Otra forma de reaccionar es la depresión, que aparece ante la amenaza real o presunta de pérdida: de funciones físicas o psíquicas, del rol social, de una parte del cuerpo. Esto y la imagen de sí mismo pueden ser ejemplos de pérdida de “objetos de amor”. Los síntomas de depresión suelen surgir cuando ya la enfermedad se ha manifestado y el paciente se da cuenta de sus consecuencias. Se encuentran con mayor frecuencia en enfermedades crónicas, invalidantes o de amenaza vital. A veces se manifiesta con un aplanamiento vital, otras con expresiones manifiestas de llanto, tendencia al aislamiento, sentimientos de culpabilidad, e incluso en casos extremos a ideas o acciones suicidas. Esto puede traducirse en que el enfermo adopta una actitud de “dejarse estar”, no colaborando con el equipo de salud y renunciando a luchar. El enfermo percibe una desesperanza en su capacidad de afrontar los problemas asociados a su situación, literalmente no ve salida ³².

Cuando la enfermedad se entiende como un elemento que obstaculiza de forma más o menos grave los deseos y proyectos se genera frustración y agresividad. La reacción más frecuente ante la frustración es la rabia, como emoción, y la agresividad como conducta. Todo un conjunto que se moviliza para eliminar, a veces, el obstáculo frustrante y otras muchas veces se moviliza contra otros objetivos o personas, al no ser capaz de enfocar su rabia en algo positivo. Otra de las formas de reaccionar frente a algo que se lee como amenaza son los llamados mecanismos de defensa. Las personas se defienden de la enfermedad, o de los problemas, de forma inconsciente con algunas conductas que evitan centrar el foco de atención en aquellos factores que tienen la potencialidad de hacer sufrir a la persona. Los más frecuentes mecanismos de defensa son:

El ataque. Se observa incluso en personas que en condiciones generales son amables y pacientes, que se convierten en pacientes insoportables e intratables para los que les cuidan. Cuando la agresividad se proyecta en los demás, el enfermo los convierte a estos en los culpables y se asigna a sí mismo un rol de “víctima”. Acusaciones, irritabilidad permanente, conductas de sospecha, traducen esta proyección de la amenaza sobre los demás. La búsqueda ansiosa de mejores médicos o tratamientos puede también traducir esta agresividad, transformándose el enfermo en un agresor del sistema. De todas estas formas puede mantener alejada de su conciencia la tremenda angustia que le genera la enfermedad, a costa de una relación muy alterada con su medio. Paradójicamente, estos enfermos tienen a veces más posibilidades de curación porque están más alejados de la actitud de “dejarse estar”. Pero tiene el riesgo de generar un círculo vicioso: la agresividad del paciente genera respuestas de agresividad en profesionales expuestos a otras múltiples fuentes de tensión.

La regresión A través de ella el paciente se comporta como una persona de una edad significativamente inferior. Esto se traduce en comportamientos como encerrarse en sí mismo, rehusar ver amigos o comer, resistirse a los tratamientos, pretender ser consentido y adopta conductas infantiles. Es una forma de retroceder ante el peligro, a posiciones más seguras o ya conocidas. Al adoptar una posición más infantil, el paciente renuncia a su autodeterminación y busca figuras protectoras, omnipotentes, que se hagan cargo hasta de sus necesidades más elementales. Queda en una postura dependiente, centrado en sí mismo, su cuerpo, sus necesidades. La regresión puede representar para el enfermo ventajas secundarias. El paciente renuncia a su autonomía por no sentirse capaz de enfrentarse a las exigencias de la realidad propias de un individuo sano. La respuesta de los que lo rodean pocas veces es equilibrada y adecuada, vacilando entre una sobreprotección y una excesiva frialdad.

Negación. Consiste en negar la realidad de un hecho doloroso, en excluir un aspecto perturbador o en ser incapaz de reconocer su verdadero significado. Es

un mecanismo de defensa muy común en personas tanto sanas como enfermas, la negación a aceptar las cosas como son ³².

El pensar que la enfermedad tiene un lado positivo implica un gran cambio de actitud, obliga a mirar más allá de las apariencias y a ampliar el marco de observación porque los fenómenos vitales no son simples ni lineales, sino más parecidos a un árbol, con sus ramas entrecruzadas y sus raíces ocultas y no menos complejas. Confiar en que ése lado positivo existe es el primer paso para encontrarlo. No siempre es evidente el lenguaje de los síntomas y menos para el que los está viviendo. El que está sumergido en la enfermedad o trastornado por el dolor, tiene la capacidad para reflexionar bastante reducida. Habrá que esperar a la fase en que los síntomas empiezan a remitir y a ceder en intensidad para poder ver y asumir lo que está ocurriendo ³³.

La enfermedad cambia la vida, no sólo durante el tiempo en que se está enfermo sino que muchas veces, es el punto de inflexión a partir del cual se toma un nuevo rumbo de vida. No es raro que las crisis personales y más aún las situaciones en que se es capaz de conciliar las contradicciones, acaben en una enfermedad que interviene en la vida como un posible factor de ayuda en la resolución del problema. Hace ver a los demás desde un punto de vista totalmente diferente. Actúa como una sacudida, a veces brutal que hace tomar conciencia de que la muerte también es para todos y no algo remoto que ocurre a los ancianos. Ante la proximidad de la muerte se opacan la mayoría de las cosas que habitualmente parecen tan importantes y por las que se pierde la vida.

Enfermar en un entorno familiar, laboral y de amistades y la nueva situación cambia totalmente los términos en que se habían establecido las relaciones. La enfermedad es un test para los que rodean al enfermo, también a ellos les cambia la vida y les somete a una prueba clarificadora que nos ayudará a saber quién es quién, qué hay dentro de los personajes que nos rodean, el jefe, el esposo, el amigo, la hermana, el vecino. Muchas veces nos llevamos sorpresas, agradables

o no, siempre aleccionadoras acerca de nuestro papel en la obra de teatro que entre todos representamos y lo que es más importante nos permite entrever quién está detrás de las máscaras y qué es lo que realmente desea ³³.

3.6 Percepción

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condiciones estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a como nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire ³⁴.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversos y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso. Sin embargo, estos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que corresponde a lo que se denomina autocuidado. Este comportamiento responde a la propia percepción del problema y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales solo una es o puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no solo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a

considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por sus propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo tiene que hacer³⁴.

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud – enfermedad – atención. Aun en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamiento del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos. Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o a la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder³⁴.

CAPÍTULO IV

GRUPO DE AYUDA MUTUA

Ante el reto de hacer frente a los problemas de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, así como a sus complicaciones, la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) implementó los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como una estrategia por medio de la cual se estimule la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento, tal como lo ha difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones expertas en la materia ³⁵.

4.1 Grupo de Ayuda Mutua

Los GAM, denominados también como clubes de diabéticos se conceptualizan como la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de diabetes e hipertensión arterial, y su principal objetivo es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación indispensable para el buen control de su enfermedad ³⁵.

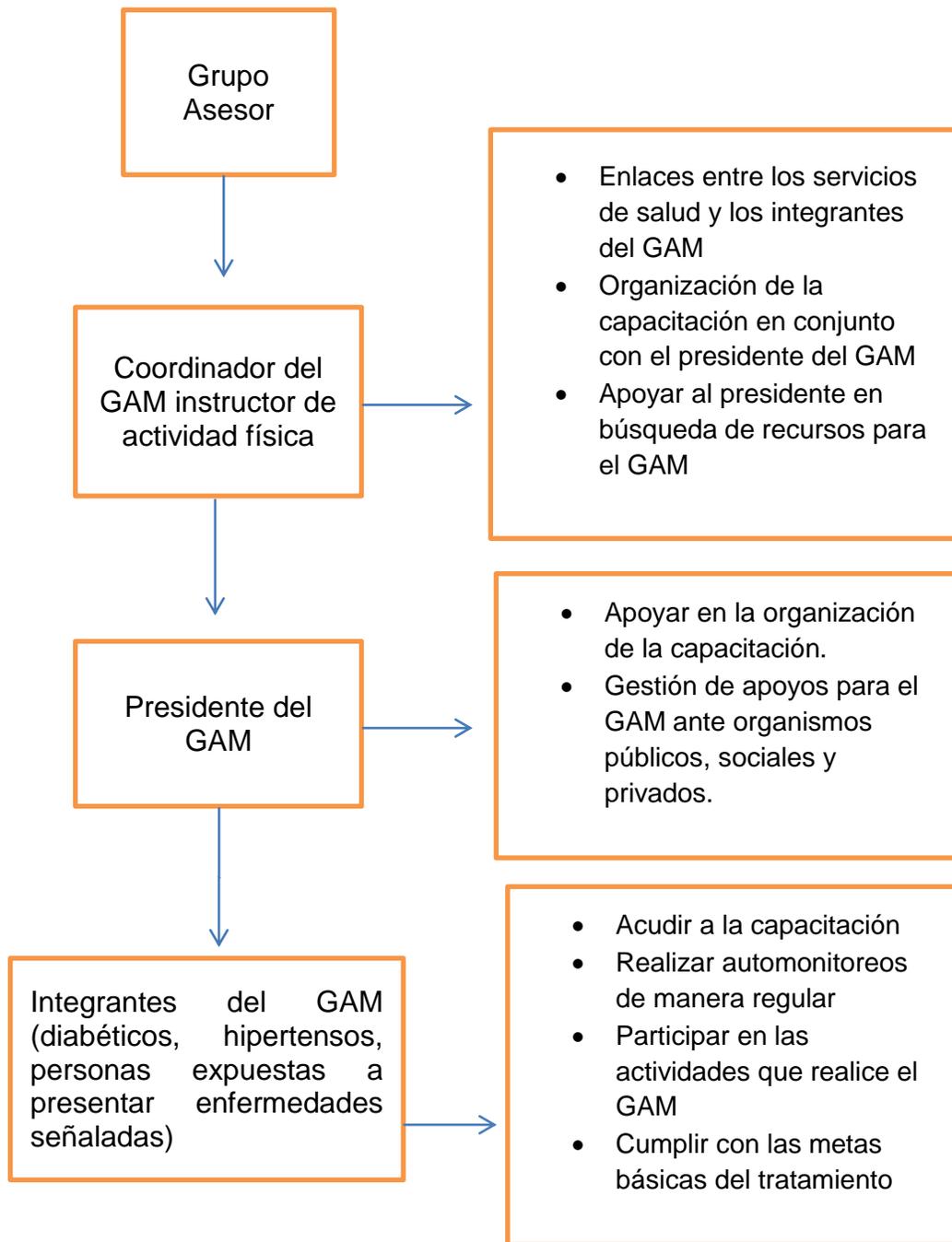
A estos grupos asisten personas con diabetes, hipertensión y obesidad, ya sea de manera aislada o comunitariamente. Sin duda, los GAM se constituyen en escenarios para la capacitación voluntaria y periódica con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud. Es bien conocido que un control exitoso de la diabetes y la hipertensión arterial depende no sólo de la administración del tratamiento farmacológico, sino de la modificación de los estilos de vida (el manejo no farmacológico). En los GAM los hombres adquieren información y sobre todo nuevas habilidades para el control de su enfermedad. El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento del paciente diabético e hipertenso, y en los grupos se ofrece en un ambiente de aceptación y

compartimiento, donde realizan actividad física, llevan un plan de alimentación para control del peso, y por último, el monitoreo y la vigilancia de las complicaciones, todo ello, bajo estricta supervisión médica ³⁶.

Los GAM se han formado principalmente en las unidades de salud del primer nivel de atención, y de manera paulatina se han ido implementando estos grupos, y para diciembre del 2004 todos los estados de la República Mexicana (31 más el Distrito Federal) participan en esta estrategia con un total de 7,416 GAM con 264,392 integrantes. Actualmente los GAM son coordinados por personal médico. Los integrantes de los GAM se reúnen de manera semanal o mensual, en las sesiones educativas que se realizan se dan intercambios de experiencias entre los integrantes; y esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad ³⁷.

4.2 Organización de Grupos de Ayuda Mutua

En cada una de las sesiones coordinadas por los responsables de cada grupo, son invitados diferentes especialistas a impartir los temas que contempla el curriculum del paciente diabético e hipertenso, en el curriculum se incluyen temas sobre lo que todo paciente diabético e hipertenso debe saber para controlar su enfermedad, el cual fue determinado por el Programa de Acción de Diabetes del CENAVECE de la Secretaría de Salud de México, a través de un grupo asesor de expertos nacionales e internacionales.



Fuente: Secretaría de Salud de México, Coordinación de Vigilancia Epidemiología, Guía Técnica para el funcionamiento de Clubes de Diabéticos, México 1998

4.3 Antecedentes del Grupo de Ayuda Mutua de Santa Cruz Atizapán

EL GAM de Santa Cruz Atizapán, dio inicio a mediados del año 2000, con 15 personas, bajo la coordinación del Dr. Bernardo Armeaga Frías, Médico Especialista en medicina Física y del deporte adscrito a la Jurisdicción Tenango del Valle México y responsable de la aplicación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROESA) ³⁸.

Desde el año 2001 y hasta la fecha actual. El grupo está coordinado por el Mc. Modesto Vega Rivera, médico que ha mostrado amplio interés por el cuidado de la salud de la población y ha conquistado con su trabajo, la confianza de los miembros del GAM, así como las autoridades de salud y políticas. Su empeño y dedicación en torno a la construcción de una comunidad participativa, constituyen la amalgama de la fuerza y cohesión del grupo, aunado a un amplio proceso de comunicación abierta y sistemática con los integrantes, tanto en el entorno de realización del ejercicio físico, así como el espacio terapéutico representado por el consultorio médico del centro de salud.

Inicialmente le dieron el nombre de los GLOCOSAURIOS, actualmente sólo es conocido como el GRUPO DE AYUDA MUTUA DE SANTA CRUZ ATIZAPAN posteriormente, poco a poco, ayudados con la promoción del programa y la motivación en los integrantes por los beneficios obtenidos, el incremento del grupo, ha aumentado, hasta llegar a más de 90 integrantes en el año 2014. Las reuniones se llevan los días jueves de 8 a 11 y sábados de 7 a 8 am; se realiza una hora de ejercicios del programa (PROESA) y una hora de pláticas de educación para la salud sobre diferentes temas; el día sábado sólo se realiza ejercicio físico y una breve cápsula de educación para la salud; ambos días las sesiones se realizan en el salón de usos múltiples de la unidad deportiva del municipio ³⁸.

Las sesiones de educación para la salud son proporcionadas por el médico responsable, el personal de la unidad médica, así como por pasantes de la

Licenciatura en Enfermería en servicio social de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México: se lleva además una hora de convivencia donde cada integrante intercambia alimentos saludables que cada uno de los participantes lleva, situación que permite la adecuada comunicación y mejora las relaciones humanas de los integrantes. Además de las pláticas, se realizan otras actividades como son: demostraciones de platillos elaborados con soya, sábados familiares, excursiones, baile; todo está animado y motivado por las enfermeras (en servicio social), maestras e integrantes del Cuerpo Académico Enfermería y Cuidado de la Salud quien con su juventud, experiencia y conocimientos le dan el toque mágico a la agrupación elevando la autoestima del grupo. En todas y cada una de las sesiones se hace medición de la somatometría y tensión arterial, esta última al inicio y terminó de la práctica; estos datos se incorporan a la base de datos del programa SPSS versión 18 y en la bitácora de cada integrante ³⁸.

Cada mes se realiza la estimación de glucosa a través de tiras reactivas y trimestralmente estudios para la determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada; los resultados permiten a los responsables establecer las estrategias necesarias que dan la pauta a seguir para la atención y/o motivación individual de cada integrante del GAM de Santa Cruz Atizapán.

CAPÍTULO V

BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

“Experiencia” según la definición etimológica que da la enciclopedia RIALP ³⁹. Plantea que experiencia proviene del verbo experior “experimentar” y perior “probar”, de ahí se deduce su significado de prueba, ensayo, tentativa; por lo tanto etimológicamente significa “comprobación y paso a través del peligro”, así el hombre ha probado, ha experimentado o se ha sometido a un paso dificultoso uno o varias veces y lo ha superado de ese modo ha adquirido una destreza para salir victorioso en casos parecido. Así mismo, experiencia es la vivencia misma la cual está dotada de los caracteres, de totalidad unificada y dinámica. La experiencia de cada persona es adquirida por las circunstancias o situaciones vividas, estas circunstancias o acontecimientos vividos por una persona son únicos, pues no todas las personas tienen y sienten la misma experiencia ⁴⁰.

También, la experiencia de cada individuo está conformada por un conjunto de sensaciones o emociones que posteriormente son ordenadas por la mente. Indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible; pero aun así, existe algo que, debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede dominar la experiencia del hombre. Las emociones surgen de la experiencia de todos los individuos y son parte de la evolución humana, por eso antes de hablar podemos “sentir” en nuestro corazón y nuestro cuerpo la presencia de emociones, aunque nuestra mente no pueda hablar de ellas ⁴¹.

Para los investigadores experiencia son las que surgen en la vida de una persona cuando esta se enfrenta a una determinada situación; en la cual se involucran diferentes procesos afectivos como sentimientos; emociones y reacciones de forma particular al ser humano, además son fenómenos internos de los seres vivos, transcurren en la esencia de su propio ser y no en el exterior de éste, por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de

observación externo. Esta investigación está sustentada en la teoría de Sor Callista Roy ²³. Con el modelo de la adaptación, en la cual afirma lo siguiente: la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que la persona, tiene la capacidad de pensar y sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno; así mismo el modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de las personas y sus nociones de enfermería, persona, salud y entorno están relacionado en este concepto base. En donde afirman que la persona busca continuamente estímulos en su entorno, como último paso, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación ²³.

Esta reacción de adaptación puede ser eficaz o no. Por consiguiente las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse; a saber la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Es decir, las respuestas eficaces son las que no consiguen o amenazan los objetos de adaptación. Por ende enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona ²³.

Además Roy plantea que las personas, vistas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. El ambiente se define como todas las condiciones circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y los recursos de la tierra. En el ambiente se encuentran los estímulos que Roy clasifica como focales, contextuales y residuales. Con respecto a los **estímulos focales**: sustenta que son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe afrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo, y para lo cual requiere el consumo de energía. En cuanto a los **estímulos contextuales**: afirma

que son otros estímulos que están presentes en la situación y aunque no son el centro de atención de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal. Por último los **estímulos residuales**: son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados, estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en que se conoce como están actuando en la situación, se vuelven contextuales ⁴².

Por consiguiente estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación. El subsistema de afrontamiento regulador, esta mediado por los sistemas nerviosos autónomos y endocrinos, responden automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo. Las respuestas mediadas por el subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico de adaptación. En cambio el subsistema de afrontamiento cognitivo está enmarcado en la conciencia y tiene relación con los procesos cognitivos y emocionales que permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales con base en el análisis de la situación, fundamentada en su experiencia y educación, de acuerdo con estos procesos serán sus respuestas o comportamientos, a través de estos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos, generando comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas ⁴².

Las respuestas se dividen en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación: el primero es el **modo de adaptación fisiológico – físico**; el cual se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. Así mismo tenemos el **autoconcepto** del grupo que se centra en las necesidades de saber quién es uno mismo y como se deben actuar en la sociedad; Roy define el concepto de

autoestima de uno mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado ²³.

El autoconcepto individual se compone de yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo y la identidad moral, ética y espiritual). Con respecto al modo de adaptación de la función del rol describen los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. Por ende el rol describe las expectativas que se tiene de cómo actuará un individuo frente a otro. Por último el **modo de adaptación de interdependencia** trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad ⁴².

La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (parejas, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. Así mismo el autor menciona que la persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el cognitivo y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo de sistemas. Cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo, o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo ²³.

Por otra parte se recalca que la función del cuidado de enfermería es fortalecer la integración de las personas con el ambiente, las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación. Es así como los cuidados de enfermería promueven la expansión de las habilidades adaptativas y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente. En relación a otro punto se describen que la experiencia de vida cotidiana la persona es sometida a diferentes factores estresores ambientales que

deben afrontar para mantener un estado de equilibrio. Estas circunstancias son controladas en una forma particular sin tener plena conciencia de las estrategias que se utilizan cuando de alguna manera se está acostumbrado a ellas, sin embargo, hay ocasiones en que las condiciones del ambiente representan una amenaza para la integridad del ser y es en este momento en que la persona actúa en forma consciente para evitar que esos estresores superen su capacidad para afrontarlos o puedan disminuir los recursos disponibles para hacerlos ⁴².

Así mismo la condición de una enfermedad es una de las más destacadas, ya que en ella están involucradas la autoestima, la familia, y el profesional de enfermería, quienes trabajan en forma conjunta en el proceso de afrontamiento a fin de lograr la adaptación. El mismo autor refiere que cada persona afronta las situaciones en una forma diferente, por esta razón puede decirse que para poder ofrecer un cuidado de enfermería holístico, es necesario conocer el significado que otorga el paciente a la condición que está viviendo, como percibe las repercusiones que tendrá para su vida y los recursos y las estrategias que está empleando para afrontarla ⁴².

Así pues para poder definir otro componente de nuestro sujeto de estudio; constituido por hombres; el autor menciona que la segunda etapa de la adultez va de los 40 a los 60 años de edad, aparecen diversos cambios físicos y psicológicos; además el comienzo de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, problemas urinarios, u otras enfermedades de tipo gástrico debido al estrés, la ansiedad, los malos hábitos alimenticios, fumar o el consumo de licor. Con respecto a los **aspectos psicológicos** propios de esta etapa Erickson dice que entre los 40 y los 65 años el adulto atraviesa la etapa de generatividad versus estancamiento, en el cual se observa un interés por el legado que se dejara a las generaciones futuras y se aumenta la conciencia acerca de la muerte ²³.

El modelo de adaptación de callista Roy garantiza un cuidado integral dado que se tienen en cuenta los problemas tanto fisiológicos como psicosociales, obteniendo

a través de los datos encontrados en la valoración de la persona en estos aspectos, lo anterior permite profundizar en el conocimiento del paciente, llevando a la identificación de estímulos, respuestas efectivas y los respectivos problemas de adaptación. La etapa media de la adultez implica habilidad para la resolución de problemas a través del afrontamiento cognitivo donde influyen la experiencia, el aprendizaje, los conocimientos previos, y la capacidad de reflexión y análisis para la toma de decisiones acertadas y oportunas. En esta etapa el pensamiento se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a las personas a enfrentar el mundo, se observa la capacidad para enfrentarse a la incertidumbre, incoherencia, contradicción y a la perfección, esta etapa de la cognición de adultez se conoce como el pensamiento postformal ⁴².

En donde el pensamiento post formal, es la capacidad de diferenciar en el mundo abstracto y el mundo real, comprensión de que la mayoría de los problemas tienen múltiples causas y más de una solución, elaboración a partir de experiencias, capacidad de escoger la mejor solución posibles bajo criterios de elección, y reconocimientos de que un problema específico generara de forma incoherente conflicto. Por ende la capacidad de afrontamiento que tenga el adulto puede generar respuestas efectivas que promueven la adaptación o inefectivas que influyan en el estado de salud y en su relación con el medio externo. Además para el individuo en un estado de alerta para tomar decisiones frente a los estímulos que pueden afectar su estado de salud ⁴².

De la misma forma otro autor describe que en la edad adulta, los comportamientos ya tienen un grado de complejidad importante, después de haber realizado en la mayor parte de los casos la independencia familiar, están incluidos en un determinado estilo de vida en contextos sociales externos normalmente más amplios. Por tanto, el individuo generalmente se encuentra en una fase de creación de la propia familia, o al menos de una vida independiente, el cuidado de los hijos y el desarrollo del trabajo. El autor además menciona en la evaluación del proceso de cuidado que en esta época el adulto evalúa el valor del cuidado

recibido en relación con su funcionamiento físico y su posibilidad de contribuir a otras unidades sociales más complejas. Por lo tanto, en la revisión de la literatura científica realizada los problemas más frecuentes asociados a esta etapa son los siguientes: responsabilidades relacionadas con el nivel glucémico, las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento de su propia salud y el cumplimiento de las necesidades relacionadas con otros miembros de la familia. De igual forma los estudios en la vida adulta se refieren a la influencia del apoyo de la pareja ⁴³.

Con lo descrito anteriormente en el proyecto de investigación se está trabajando con hombres que padecen diabetes tipo II, constituye una enfermedad crónica controlable, se debe a una disminución en la sensibilidad celular a la insulina denominada resistencia insulínica y a una reducción en la producción de dicha hormona. También existe un tratamiento inicial de la diabetes tipo II, consiste con dieta y ejercicio, si no se reduce la glucemia, la dieta y ejercicios se complementan con hipoglucemiantes orales, sin embargo, la población no cumple con el tratamiento, esto se debe a desconocimiento o a un deficiente fortalecimiento del mismo ⁴³.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

La presente investigación es cualitativa, se desarrolló en el municipio de Santa Cruz Atizapán del Estado de México, participaron siete personas adultas mayores que viven con diabetes. La definición de los participantes se otorgó por la saturación de la información de entrevistas.

Se investigaron y revisaron libros, revistas, artículos científicos, folletos, periódicos, en las siguientes bibliotecas y bases de datos: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Facultad de Medicina, Facultad de Antropología, Facultad de Filosofía. En la base de datos de Redalyc, Iss of Knoledge, Index, Google académico, Google libros. Con la información obtenida se elaboró el marco de referencia que sustenta el proyecto.

Para el desarrollo del trabajo de campo se consideró en hombres que padecen diabetes mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua del municipio de Santa Cruz Atizapán. La muestra fué de siete hombres.

Criterios de inclusión:

- Hombres con diabetes
- Hombres con diabetes de 40 – 55 años
- Hombres con diabetes sin daño neurológico
- Hombres con diabetes inscritos en el centro de salud del Edo. De México.

Criterios de exclusión:

- Hombres con diabetes insulino dependiente
- Hombres con diabetes menor de 40 años
- Mujeres con diabetes
- Hombres con diabetes mayores de 60 años

Los datos fueron reunidos durante el mes de marzo a mayo de 2014. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada conducida por el investigador, a través de una pregunta detonante que orientó al estudio y con la finalidad de comprender como los hombres con diabetes vivían sus experiencias día a día en el transcurso del padecimiento de la misma. Para ello, se seleccionaron varios días para programar las entrevistas y acordar el lugar para realizarlas, y fueron en la deportiva, una vez que terminaba su sesión de ejercicio, buscando que los participantes narraran con libertad y tranquilidad sus experiencias para obtener datos precisos para esta investigación.

Los participantes fueron informados uno a uno de los objetivos de la investigación, se les indico el derecho de interrumpir la colaboración del estudio en cualquier momento, debido a que los datos se obtendrían solo con autorización previa, mediante la firma del consentimiento informado. De la misma forma, también, solicitamos permiso para grabar las entrevistas, asegurando la confidencialidad de la información otorgada. El tiempo promedio de duración en cada entrevista fue de 35 minutos aproximadamente. Después de obtener los datos, se transcribieron de forma íntegra los discursos grabados y se realizó una lectura y relectura de los discursos.

Para el análisis de los datos, en primer lugar fueron agrupados conforme a la semejanza de las vivencias, lo que dio origen a cuatro categorías que son: **Mi mundo desgarrado de frente a la angustia, Cambio rotundo el antes y el ahora, El ejercicio elimina el medicamento y Mi Salud regular en el tiempo.** Las entrevistas se terminaron cuando los relatos no mostraron experiencias diferentes entre los entrevistados. Para comprender los mensajes obtenidos es esta investigación se utilizó el referencial metodológico del análisis de contenido propuesto por Bardin (1977), método que permitió analizar los diálogos emitidos por los participantes y facilito la recopilación de los contenidos ⁴⁴.

Se analizaron los datos a través de análisis de contenido, los cuales apoyaron en la elaboración de las consideraciones finales y recomendaciones, el fundamento ético de la investigación está dispuesto con base en la Ley General de Salud (2004) ⁴⁵. En lo que refiere a materia de investigación para la salud, (artículo 14, inciso VII, según el artículo 17 inciso II), considera a la investigación de riesgo mínimo para los sujetos de estudio. El objetivo de la investigación es: Narrar las experiencias de vida en hombres con Diabetes Mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua el municipio de Santa Cruz Atizapán.

Mediante esta metodología, los investigadores obtuvieron una percepción más completa de objeto de estudio, considerándolo como un ente holístico, además mediante esta metodología se pudo centrar a profundidad en el caso en específico y de esta manera conseguimos descubrir, enfatizar e interpretar el contexto, buscando retratar la realidad de forma completa y profunda de objeto de estudio en este caso sobre las experiencias de vida en hombres que padecen Diabetes mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua de Santa Cruz Atizapán.

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento; a pesar que el investigador parta de algunos presupuestos teóricos iniciales, el procurara mantener constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio ⁴⁶.

Este principio permitió que los investigadores se orienten al descubrimiento de nuevas informaciones de diferentes revisiones bibliográficas y estas puedan plantearse en el marco teórico. Además esta investigación busco describir a través de los instrumentos metodológicos como la entrevista semiestructurada; identificar los aspectos relevantes para comprender nuestro objeto de estudio y profundizar en el desarrollo de la presente investigación ⁴⁶.

Así mismo enfatiza la interpretación en el contexto; un principio básico de este tipo de estudio es que para la comprensión más compleja del objeto de estudio es preciso tomar en cuenta el contexto en el que se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones y las percepciones de las personas, deben estar relacionados a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que estén ligadas. Este principio ayudó a desarrollar investigaciones dentro de un contexto que facilitó una mejor comprensión sobre el objeto de estudio, el cual se tomó en cuenta para poderse enfocar en la problemática presentada, además se deben tener presentes las características propias del sujeto de investigación y basarse en el entorno en que se desarrollan. También busca retratar la realidad en forma compleja y profunda; aquí se procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones evidenciando la interrelación de sus componentes ⁴⁶.

Basándose en este principio permitió profundizar sobre las experiencias de vida y los procesos de adaptación en sus diferentes dimensiones considerando a los sujetos de investigación como seres integrales, estas se pudo identificar a través de las entrevistas realizadas a los hombres que padecen la enfermedad. **Así también fuentes de información;** al desarrollar este estudio el investigador recurre a una variedad de datos recolectados ⁴⁶.

A través de este principio los investigadores trataron de narrar las experiencias de los participantes de estudio, fueron descritas de manera precisa, de modo que puedan servir de referencia para su generalización naturalista, es decir, puedan ser reconocidas como semejantes en otros escenarios con realidades similares ⁴².

El objeto de estudio es tratado como único, una representación singular de la realidad, es multidimensional e históricamente situada. Este principio permitió a los investigadores describir de manera clara, precisa, sencilla las narraciones que

manifestaron las personas sujeto de estudio durante la entrevista abierta de la misma manera se hará de manera individualizada viendo a la persona de forma singular y de manera individualizada ⁴⁶.

Instrumento de recolección de datos:

En la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada permitió plantear otras interrogantes que fueron necesarias en el momento de entrevistar a los hombres con diabetes mellitus tipo II para cumplir los objetivos del presente estudio de caso ⁴⁶.

Procedimiento

Para la recolección de datos, se procedió en primer lugar a plantear las preguntas para entrevista, previa revisión de la asesora, se hizo una revisión exhaustiva en donde se consideraron categorías pertinentes y con esto validándose el instrumento, posteriormente se aplicó el instrumento a dos integrantes del grupo de ayuda mutua con diabetes mellitus y los criterios antes mencionados, acto seguido se pudieron modificar las preguntas planteadas y de esa forma se reestructura el instrumento.

Así mismo, se dio a conocer en forma detallada acerca de los fines y propósitos por el cual se realizó la investigación, especificando claramente la información. Previa a la realización de las entrevistas, se presentó la hoja de consentimiento informado y la hoja de instrumento a emplear. Además de ello cada hombre se identificó como participante uno, dos, tres y así sucesivamente hasta el número siete y se solicitó la autorización para utilizar la grabadora de voz para grabar la entrevista, también se consideró un ambiente tranquilo para el desarrollo de la entrevista; realizándose las preguntas en forma clara, comprensible y con un lenguaje sencillo.

Luego de haber entrevistado a todos los hombres de investigación, se procedió a codificar y posteriormente transcribir todas las entrevistas tal y como están en la

grabación, sin alterar las palabras o discursos; dando inicio al análisis temático. Para ello se empezó a escuchar una y otra vez todos los discursos obtenidos detectando lo más importante e identificando lo que se quería investigar. Se clasificaron los datos, convirtiéndose en una forma de fácil acceso a la revisión y la manipulación de estos. Es así que al haber seleccionado los fragmentos que tengan relación con el objeto de estudio, dieron lugar a las categorías

Criterios de Rigor Científico

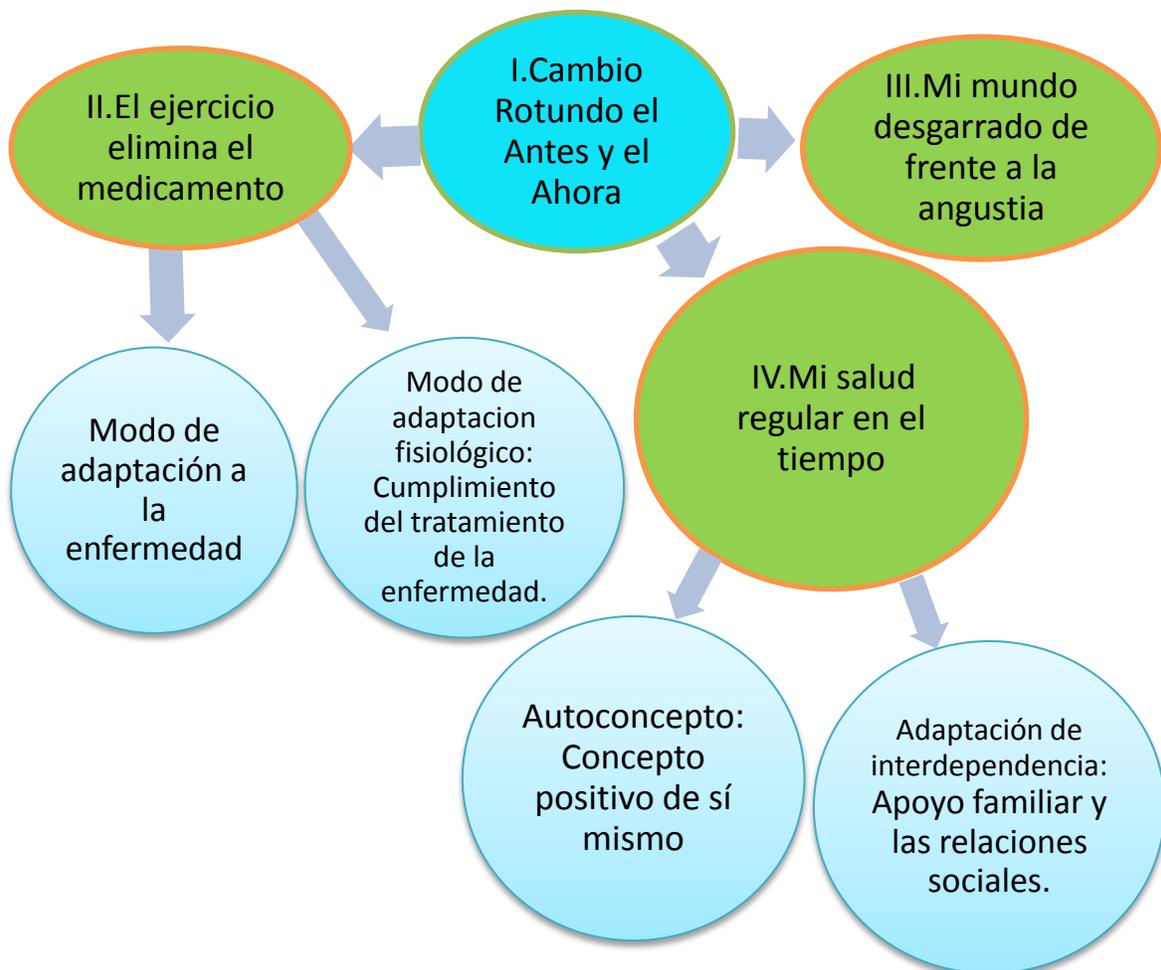
Los criterios que se tomaron en cuenta para la realización de la investigación fueron la credibilidad y la audibilidad. Con respecto a la credibilidad, se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador. Captar lo que es cierto o conocido o la verdad para los informantes en los contextos o en la situación social que viven los informantes requiere escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con el informante ⁴⁷.

De acuerdo con esto en este estudio se estableció empatía y confianza con los hombres con diabetes mellitus tipo II, se procedió a realizar las entrevistas de manera auténtica y las versiones que se obtuvieron de las entrevistas fueron transcritas de tal manera que mantengan su naturalidad posible ⁴⁷. Este criterio permitió como investigadores tener una documentación completa y escrita acerca de las experiencias de vida y el proceso adaptativo de los hombres que viven con diabetes mellitus tipo II, permitiendo así a más investigadores examinar y evaluar los datos de la presente investigación y se pueda alcanzar conclusiones similares a este estudio, que servirá como fundamento en próximas investigaciones.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS Y ANALISIS

La presente investigación se basó en el modelo de adaptación de Sor Calixta Roy, se centra en la adaptación del hombre como un ser cambiante en todas sus dimensiones, recordando que la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces. Así pues, al describir, analizar y comprender las experiencias de vida en hombres que padecen diabetes mellitus tipo 2, emergieron cuatro categorías que se presentan a continuación:



CATEGORÍA 1: MI MUNDO DESGARRADO DE FRENTE A LA ANGUSTIA:

Inicialmente, los hombres con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevarlos a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia ⁴⁸.

Los procesos de afrontamiento son formas innatas o adquiridas mediante la interacción de la mano con el ambiente. Los innatos son genéticamente y vistos como procesos automáticos e inconscientes, los cuales se denominan subsistemas reguladores porque responden a través de procesos neurológicos, químicos y endocrinos. Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados a través de estrategias de aprendizaje, juicios y emociones. Por otro lado en la práctica de enfermería a menudo se observa que los pacientes y sus familias hacen frente a las enfermedades crónicas degenerativas de diferentes formas, positivas o negativas ⁴⁹.

Se hace referencia al término afrontamiento a aquellas estrategias que el ser humano pone en práctica para adaptarse ante cualquier situación, es decir es el conjunto de acciones intelectuales y conductuales que la persona ejecuta de manera cambiante para interactuar con su medio y hacer frente a las circunstancias que se presente en la vida. Así mismo es parte fundamental para el manejo del proceso de una enfermedad. Por otro lado dichas acciones o estrategias pueden ser innatas es decir propias del individuo o adquiridas, producto de la interacción con el medio a través de su aprendizaje y experiencia.

Además este afrontamiento puede ser positivo y negativo: en el caso de los hombres con diabetes mellitus tipo 2 manifestaron que muchos de ellos tuvieron al principio una mala experiencia o se afrontaron de forma negativa ante la

enfermedad como tristeza, depresión, entre otros, sin embargo, por motivaciones internas como su familia, Dios y el deseo de seguir adelante hicieron que cambie su manera de ver las cosas y afrontan con mayor responsabilidad la enfermedad, tomando la decisión de cumplir con el tratamiento en su mayoría, de esta manera lograr una mejor calidad de vida.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

...Pues en los primeros meses me dieron ganas de matarme, me sentía muy mal, decepcionado de la vida, pero poco a poco se me pasaron la ideas y de alguna manera me acostumbre y ya después pensé que estaba más loco yo si hacia eso, ahora sí que pues que pase lo que dios diga. Cuando lo supe le conté a mi familia y pues me atendieron, me dieron medicina, yo trate y mi familia de conseguir cosas medicinales, pues mi familia si se sacó mucho de onda cuando les dije que estaba enfermo, no lo podían creer, decían que a lo mejor yo les estaba mintiendo para que se compadecieran de mí, a lo mejor por la falta de comprensión llegue a tal grado se separarme de mi esposa... (P1)

...Cuando me dijeron que era diabético yo sentía que me iba a morir, pensaba lo peor, pero ahorita que ya me siento controlado del diabetes, ya me siento muy bien, me siento muy a gusto, me da mucho gusto, hasta a veces la gente me dice que estoy loco porque me siento muy contento y antes pues no me sentía contento, cuando todavía no iba a que me dieran tratamiento, me sentía cansando, sin ganas de hacer quehacer, me daba mucho sueño, como pesado, la boca se me reseca mucho, tomaba agua para poder hablar. Cuando desconocía que estaba enfermo de diabetes me sentía muy mal, hasta mi actitud hacia los demás era más agresiva me enojaba cualquier cosita que mi familia hiciera y quería ahora sí que hasta matarlos, me consideraba muy violento... (P2)

...Me pego la diabetes se me paralizó ahora sí que la sangre, ya venía sintiendo no había yo hecho caso, hasta que fue un día cuando ya sentí lo peor, se me paralizó todo el cuerpo, la pura cabeza movía, tuve que ir a ver el doctor, Salí con 250 de glucosa, me puso medicamento y ya fui reaccionando poco a poco fui moviéndome de mi cuerpo, y no iba ni a trabajar, fui a trabajar pero me sentía mal, de la presión andaba bien, de la azúcar si estaba un poquito mal es 160 o 170... (P3).

...En ocasiones me resulta difícil, tengo que abstenerme de ciertas cosas que antes llevaba a cabo, en ocasiones un poco deprimente, se tiene mucha angustia, si te descuidas tantito se te complica la enfermedad y puedes llegar muy grave al hospital, el contacto con la familia cambia mucho, te desconocen de tu persona y no comprenden, a veces mis hijos se portan groseros conmigo y eso hace que yo me deprima eso de estar feliz y terminar en angustia... (P4)

...Tenía una cifra de azúcar de 240, yo he hecho mi vida normal, pensé que mi esposa me dejaría cuando me diagnosticaron la enfermedad y que me iría en un oyo profundo del que tal vez nunca podría salir y moriría, le he echado muchas ganas para salir adelante, tuve que aceptar que Dios quería eso para mí, la experiencia que he tenido es regular, pues ya no tengo que trabajar, tengo más tiempo para estar con mi familia... (P5)

...un poco difícil porque no puedo tener el mismo ritmo de vida, ahora me restrinjo de lo que me gusta, y muy difícil por la enfermedad que tengo pero lo acepto porque así es la vida y trato de vivir ya al máximo ya sin limitaciones porque de todas maneras sé que de algo tendré que morir y si dios así lo designo para mi yo no soy nadie para cambiarlo, en una cierta parte siento que dios quiso que yo enfermera porque él ya tiene designado lo de cada persona, aunque también en mi caso yo contribuí un

poco porque yo no me cuidaba, yo pensaba que me a mí no me sucedería nada y todo lo que hacía me valía si tenía consecuencia o no... (P6)

...yo no sabía nada acerca de esta enfermedad hasta que un día fui al médico a realizarme unos estudio porque últimamente me empezaba a sentir cansado, empecé a ponerme delgado y de color pálido, en el momento de que recibí la noticia me sentí mal y me desanime pensé que eso era muy grave que mi vida se paralizaría y sentía que por dentro algo me estaba consumiendo lentamente me da miedo el pensar que en ocasiones puedo faltar en mi casa debido a que me muera pero trato de no pensar en eso, pero gracias a dios y con la ayuda de mi familia y el médico que me explico sobre esta enfermedad he podido seguir adelante, yo también me puse a investigar lo necesario acerca la enfermedad para cuidarme más... (P7)

Bisquerra ⁵⁰, menciona los fenómenos emocionales subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración, ayudan a adaptarnos a las oportunidades y desafíos que enfrentamos durante situaciones de la vida, así mismo es un estado afectivo presentan una reacción subjetiva al ambiente y experimenta sentimientos que pueden variar de acuerdo a la personalidad de cada hombre; algunos actúan como si no sufrieran esta enfermedad y otros revelan vivir tristes, demasiados nerviosos y con miedo a las complicaciones de este padecimiento ⁵⁰.

El sufrimiento existencial o espiritual de los hombres con diabetes se manifiesta en sentirse falso de esperanza. Incertidumbre de lo que pueda pasar con su vida ⁵¹. En cuanto a las emociones derivadas ante el diagnóstico de la enfermedad se refiriere a estados subjetivos propios del organismo, de corta duración y estos depende de las características y personalidad de cada ser humano, así mismo cuando una persona recibe el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes muchas veces se desarrollan emociones negativas, el miedo o temor a

morir, por ello estas emociones no son afrontadas por las personas, además de ello pueden afectar el cumplimiento del tratamiento y así generar complicaciones de la salud ⁵².

Roy ²³, menciona a la tristeza, como toda emoción, que tiene una función social y otra adaptativa ayuda al individuo exprese sus pérdidas, decepciones, favoreciendo la reflexión, el autoconocimiento, induce al desahogo, de todas maneras, puede afectar la adaptación de la persona ²³. En cuanto a la tristeza se afirma que es una emoción negativa que produce en el ser humano sufrimiento, aflicción, depresión y que se muestra ante situaciones adversas de la vida. Sin embargo, a pesar de ser una emoción negativa, cumple una función social y adaptativa, ya que favorece a la persona a expresarse y desahogarse a través del llanto, es así que se lleva a la reflexión de la situación y dependiendo de la intensidad con la que se viva puede afectar a la adaptación de una persona.

Es común que una persona experimente dicha emoción frente a una enfermedad crónica, en el caso de los hombres que padecen diabetes mellitus tipo II manifestaron mediante la entrevista que experimentaron esta emoción al conocer su diagnóstico, pues era algo inesperado para ellos, además sabían la repercusión y los cambios que debían afrontar a partir de ese momento, desde que se produjo el diagnóstico el cambio fue bastante notable refiriéndolo como un cambio de vida debido a la carga emocional que esto implica no solo en su estado físico, más aun en su estado emocional tanto familiar como personal.

CATEGORÍA 2: CAMBIO ROTUNDO EL ANTES Y EL AHORA

La diabetes mellitus, al igual que el resto de las enfermedades crónicas requiere, por parte del paciente, la modificación y adquisición de una serie de hábitos y comportamientos para garantizar una mayor calidad de vida. Esta es la principal intervención en la atención a los hombres con diabetes, debido al correcto control metabólico depende del equilibrio entre una serie de comportamientos como son la dieta, ejercicio, el uso correcto de los medicamentos ⁵³. Así mismo el hombre con diabetes mellitus tipo II percibe su adaptación tanto a la evolución de la enfermedad, como a las demandas que esta le plantea en su vida diaria. Esto incluye dieta, ejercicio, medicamentos orales o aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar y revisión periódica por el equipo de salud. Diversos estudios muestran que la observancia del tratamiento disminuye la probabilidad de complicaciones ⁴⁹.

Así mismo la condición de una enfermedad es una de las más destacadas, ya que en ella están involucradas la autoestima, la familia y el profesional de enfermería, quienes trabajan en forma conjunta en el proceso de afrontamiento a fin de lograr la adaptación. Roy ²³, refiere que cada persona afronta las situaciones en una forma diferente, por esta razón puede decirse que para poder ofrecer un cuidado de enfermería holístico, es necesario conocer el significado que otorga el paciente a la condición que está viviendo, como percibe las repercusiones que tendrá para su vida y los recursos y estrategias que está empleando para afrontarla ⁵⁴.

El estrés puede generarse por diversos factores en el caso de los sujetos de investigación lo originan los problemas familiares en particular la falta de apoyo de los hijos que atraviesan la etapa de la adolescencia, lo que hace que la relación entre padres e hijos sea más complicada y generen situaciones estresantes, los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la diabetes. En concreto, la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la

diabetes. Como consecuencia el estrés puede actuar sobre los niveles de glicemia mediante un efecto directo a través de la movilización de las hormonas de estrés (adrenalina, cortisol, etc.) e indirectamente por su impacto sobre las conductas de adherencias al tratamiento ⁵⁵.

Por tanto, una de las fuentes de estrés más relevantes la constituye las repercusiones que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo, el “estigma” de estar enfermo y considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento e ideas crónicas de la población general sobre la diabetes ⁵⁶. Es por ello que, el apoyo familiar es particularmente importante en los hombres con diabetes no solo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento sino porque la implicación de la familia en el régimen diario del tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte de la persona diabética y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía ⁵⁷.

Por ello, es muy importante que la persona pueda hacer frente a los factores estresores con estrategias adecuadas para que su salud no se vea afectada, así mismo el apoyo de la familia es una pieza fundamental para que logren adherencias al tratamiento y al soporte emocional haciendo sentir al familiar que padece la enfermedad seguro de sí mismo y con la capacidad de afrontar diversas circunstancias que se presenten que le permita adaptarse a los cambios, para que de esta manera haya un equilibrio y bienestar en ellos en todas sus dimensiones.

...Lamentablemente es un cambio muy drástico que se da, cuando inicie a estar enfermo fue que inicie a tener problemas con los chamacos, ellos no me toleran dicen que soy muy enojón pero ellos me deben de obedecer porque soy su padre aparte también no me cuidaba, comía de todo ahora sí que no tenía dieta, pero ahorita ya me cuido más, no como lo de antes, me gustaba entrarle mucho que a los tacos de chivo, la barbacoa, las garnachas y todas esas cosas que dañan, me gustaba mucho el refresco pero ahora sí que ya lo deje ya no tomo nada de eso, eso ya está

terminado para mí, yo pensaba que no estaba enfermo pero ahorita ya he sentido mi cuerpo decaído y es por eso que ya me cuido más...(P1)

...Yo cambie en no comerme lo mismo que me comía para de estar forma ayudarle al medicamento por que el medicamento solo pues también iba a ser difícil, en algún momento la empecé a ver fea cuando tenía problemas, yo decía porque tengo que estar aquí sufriendo yo con los demás y por la vida es así de fea, pero una vez que eso inicio a pasar la vi diferente, pero la verdad no me quisiera ni acordar eran problemas muy duros, me enojaba yo con él, me maltrataba y pues básicamente pasaba lidiando con mi hermano que era muy feo de modo cuando estaba borracho pero solo era por ese vicio que tenía, una vez que eso paso la empecé a ver de una forma positiva...(P2)

...El cambio es un poco difícil, ahora me tuve que acostumbrar a tomar pastillas durante todos los días y hasta que me muera, debido a que hay mucha enfermedad, es otra vida, ya las cosas no son naturales, ahorita pura química, ya no es igual como antes, me parece que estos tiempos influyeron para que yo desarrollara diabetes, las comidas ya no son naturales, vienen otras enfermedades, recuerdo que en tiempos pasados podíamos comprar muchas cosas mas limpias, por ejemplo la carne de los animales estaba limpia sin alimentos ni nada de químicos, al igual que las verduras eran regadas con aguas limpias y no necesitaban fertilizantes como ahora se hace, todos estos cambios hacen que la gente se enferme...(P3)

... Siento que me ha pegado duro el cambio, en ocasiones siento morir pero después me acuerdo que la vida es un tesoro, definitivamente es muy distinto el estar sano y el estar enfermo en ocasiones no valoramos las cosas que están a nuestro alrededor, la vida es para vivirla, para gozarla, para estar bien, prepararnos, capacitarnos, aprender cosas

nuevas, por el bien de nuestra familia, de nuestros hijos, pero desgraciadamente cuando estas enfermo no hay quien te tienda la mano y la persona enferma sola es como se las tiene que arreglar... (P4)

...Y pues yo digo que la vida hay que tomarla como viene para que nos vamos a agüitar cuando estamos enfermos no podemos comer muchas cosas que nos daña pero cuando lo peor de la enfermedad pasa todo lo vivido se nos olvida, yo sé que la vida es un poco difícil y por eso tenemos que tener mucha paciencia con lo que nos enfrentamos día a día claro que yo no soy el mismo ahorita muchas veces nos falta comprensión y me siento en ocasiones triste me siento viejo y que moriré muy rápido pero me tomo mis pastillas porque no me queda de otra... (P5)

...Me gustaba ir todas las noches a cenar dos o tres platos de pozole, consumía un refresco por comida, consumía mucha tortilla, me gustaba tomar cerveza hasta perderme y lo malo que lo hacía muy seguido, llegue a tener muchos problemas en mi trabajo que hasta llegue a estar casi a nada de perderlo, comía mucho la carne de puerco, tomaba café por las mañanas muy cargado para tener energía durante el día, mi vida me valía un cacahuete hasta que inicie a tener muchos problemas con mi esposa, ella no me tolera, piensa que yo solo me hago tonto y debido a ello me he alejado de mi familia, a mis hijos no les importa como yo me ponga de mal, pero he hecho reflexión sobre mi persona y conciencia y debido a que he valorado un poco más mi salud... (P6)

...Muchos cambios como no se da una idea, cambió por completo mi ritmo de vida, yo estaba acostumbrado a comer de todo en exceso, y antes no hacía ejercicio, me desvelaba mucho nada más por mirar los programas de televisión, La verdad yo no me preocupaba yo pensaba que a mí no me sucedería esto, yo era un alcoholico y no hacía caso a lo que mi familia me decía y no la valoraba, yo pensaba que me lo decían por envidia ya

que ellos no hacían lo mismo que yo, pero que equivocado estaba ahora lo entiendo, pero ya es un poco tarde pero aun así trato de sobrellevar mi enfermedad. Sin mentirle al principio se me hizo muy difícil el poderme adaptar a estos cambios ya que yo consumía cuanta cosa se me antojaba, pero pues como todo se me empezó a hacer costumbre el tener una alimentación distinta y pues con tal de seguir vivo trato de hacer todo lo que el médico me dice, pero también es difícil estar con mi esposa porque desde que yo inicie a estar malo peleo más con ella y no sé si yo tenga la culpa... (P7)

Roy ²³, comenta que la adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrador, el compensatorio y el comprometido. En nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación ²³. El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externo. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos y positivos. No obstante un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para así conseguir adaptarse a la nueva situación ²³.

Lorente ⁵⁷, maneja los factores psicosociales (frustración, ansiedad, satisfacción e impacto de la diabetes en el ambiente laboral, en la relación marital, en el ambiente social y familiar) como roles de suma importancia en el control glucémico y sugiere considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes ⁵⁷. Por otro lado el estrés es un estado de ánimo de desequilibrio fisiológico en el organismo que tiene componentes emocionales y cognitivos muy desagradables y pueden ocasionar enfermedades, así mismo, la relación entre control diabético y estrés resulta bastante compleja, tanto en los referentes a las posibles condiciones generadas de estrés, como a las vías a través de las cuales ejerce su acción ⁵⁵.

Miranda ⁴³, reconoce que los individuos de más de 40 años con diabetes tipo II, tienen mayores dificultades en la adaptación del proceso de enfermedad hacia su conyugue debido a que vivieron distinto anteriormente y el patrón rutinario de actividades se encuentra sumamente arraigado al pasado y así durante décadas y es imposible cambiarlo de un día para otro, aunado a esto no tienen las habilidades para ayudar a su compañero con diabetes, aunque reconociera los beneficios de la dieta, esto puede deberse a desconocimiento sobre los beneficios que lograría o falta de apoyo hacia él conyugue . Por tanto, considera que en una pareja cuyo diagnóstico de diabetes se produce una vez formada, los cambios en el estilo de vida, especialmente los relacionados con la dieta y la medicación, pueden afectar a su adaptación. Por último, la falta de comprensión sobre el impacto de la diabetes en la relación de pareja, puede conducirle a utilizar la diabetes de manera negativa en su relación y a tener un peor control de la enfermedad ⁴³.

En cuanto a las experiencias que redactaron los hombres con diabetes sobre los aspectos que influyeron negativamente en la adaptación al estrés y problemas familiares, cotidianamente se presentan situaciones adversas en él hombre, sin embargo, esto repercute en su salud, pues hace que aumente los niveles de glucosa en sangre por más que estos cumplan con la dietoterapia, tratamiento farmacológico y el ejercicio, es por ello que se debe partir del concepto fundamental que reafirma que una alimentación adecuada acompañada de actividad física constituye el crecimiento del tratamiento de la diabetes y de su prevención, sin embargo, esto que parece tan sencillo que resulta difícil de conseguir en la clínica; en consecuencia se tiene que recurrir al uso de medicamentos dirigidos a corregir la hiperglucemia ⁵⁸.

Los hombres con diabetes mellitus deben de cumplir con un tratamiento farmacológico continuo para poder mantener los niveles de glucosa adecuado, por lo que deben hacer uso de fármacos que regulen su glucosa, deben modificar su

régimen de hábitos, sobre todo porque los hombres no están acostumbrados a el consumo de pastillas como ellos lo refieren, esto implica la ingesta crónica de medicamento a ciertos horarios que tiende a modificar su actuar diario no solo de él, también el de su entorno familiar, esto constituye uno de los cambios más resaltantes en la vida de un paciente con diabetes mellitus tipo II.

CATEGORIA 3: EL EJERCICIO ELIMINA EL MEDICAMENTO

- **Modo de adaptación a la enfermedad**
- **Modo de adaptación fisiológica: Cumplimiento del tratamiento de la enfermedad**

Modo de adaptación a la enfermedad

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de las personas. La cual es promovida en cuatro modos de adaptación: función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia. Así mismo los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos²³.

Aunado a lo anterior es sumamente notable que la adaptación se da por el proceso filológico como el ejercicio físico, practicado con regularidad es un elemento esencial para el mantenimiento de unas condiciones óptimas de salud sin distinción de edad, sexo o características étnicas, además que ayuda a poner en sintonía a el organismo de los hombres con su diseño evolutivo. Este ajuste ejerce acción favorable sobre el organismo tanto de índole física como psíquica, en conjunto, estas influencias favorables previenen numerosas enfermedades y ayudan en su tratamiento como es el caso de la diabetes mellitus⁵⁹.

Modo de Adaptación Fisiológica: Cumplimiento del Tratamiento de la enfermedad

Este modo implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividades y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina, así mismo se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse²³. Además el comportamiento de este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos

y sistemas que componen el ser humano, en el grupo social, está representado por las facilidades físicas y los recursos que tienen los participantes para interactuar y por las capacidades para realizar sus actividades ⁵⁷.

Roy ²³, refiere el modo de adaptación fisiológica a la forma en como la persona responde a su entorno y a los cambios fisiológicos que se presentan en el organismo para cubrir sus necesidades básicas. En el caso de las personas que padecen diabetes mellitus tipo II. Los cambios más resaltantes están relacionados con la alimentación y el tratamiento farmacológico a continuación los hombres nos mencionan sus experiencias:

...En la actualidad hago poco ejercicio debido a que no tengo mucho tiempo pero al principio inicié con 3 pastillas que me daba el doctor, me recomendó hacer ejercicio me aventaba 3 kilómetros, lo estuve haciendo por 6 meses seguidos y llegué a controlar mi azúcar que al final el doctor me dijo que me tomara una sola tableta y en la actualidad esa es la que consumo pero claro que también al alcohol le baje, porque me gustaba de corazón la tomada y eso era algo que pensé que nunca iba a poder dejar, claro que también me cuidó más o menos de las cosas que me dañan en la dieta...(P1)

...Antes no me sentía a gusto, estaba como desesperado, deprimido, mi cambio de que estoy viviendo muy a gusto es de cuando se me terminaron los problemas para acá y de que inicié con mi tratamiento, hasta me comía mis paletitas todas dulces, pero ahorita no muy poco, fíjate que las carnes no las he podido dejar por completo, hasta eso no es muy grande mi consumo de carnes, pero así definitivamente no la he podido dejar de consumir, como no me he llegado a sentir muy mal, yo no guardo exactamente la dieta como me la pusieron, solamente la guardo de las cosas dulces, pero de los demás me como el café, el pan aunque sé que me hace daño pero ya ves me gana la tentación, salgo a caminar por las

tardés un rato y he notado que me pone de mejor ánimo y aparte hace que el día no se me haga tedioso, aparte de que salgo a cada rato de mi casa por algún mandado que tenga que hacer...(P2)

...Salía yo a correr, me aventaba 5 kilómetros diarios, tomaba agua y ya comía y así le empecé dure 2 años, el doctor me checaba cada 8 días y me decía vas bien no vas a tomar medicamento ya no tiene caso que tomes medicamento porque ya te estas controlando, pues hasta la fecha, ya no tomo medicamento, evito comer cosas muy dulces y cosas con muchas harinas... (P3)

...Con medicamento y ejercicio que hago diariamente en las mañanas, camino 30 min y si también puedo lo hago en la tarde, me revisan el médico que me atiende, pero en ocasiones considero que el medicamento fórza, acelera al cuerpo y también lo daña un poco, le comentaba al doctor que me atendía y dijo vamos a hacer una valoración de ojos y ciertas cosas, ya una persona diabética tiene muchas complicaciones, pierde la vista si no se atiende, tiene problemas. Pero recupere la vista con unos productos naturales que yo tome, esos productos son maravillosos, me siento normal, me siento bien, lo sigo tomando y pienso no dejarlos nunca ahora si que como dicen hasta que me muera los dejare. Como cosas que no estén tan dulces, consumo pocas tortillas, y panes, como pocas grasas o pocas carnes, aplico los ejercicios, cómo por la mañana verduras cocidas y trato de tomar siempre agua, me siento bien gracias a todo... (P4)

...he logrado adaptarme un poco más a la enfermedad consumo menos medicamentos, tengo que controlar mi peso, cómo menos tortilla, el refresco lo deje y que el azúcar también la deje. Con ejercicio, en ocasiones me voy a caminar en las mañanas con mi perro y si no pues con mi esposa para sentirme acompañado, también realizo algo de baile,

algunas cumbias y hasta que me pongo a sudar, sin duda eso he sentido que me ayuda mucho, me siento más ágil... (P5)

...No me gustaba hacer ejercicio pero ahora lo tengo que hacer por mi propio bien, tengo que caminar mucho durante el día o ya sea por las tarde vivo cerca de un campo de fútbol y me doy varias vueltas y siento que eso hace que mi cuerpo se relaje para estar y sentirme bien de salud, trato de llevar una vida normal sin preocuparme de lo que me dicen, yo sé que si llevo mi vida más tranquila y hago lo que tengo que hacer, lo que el médico me indica sé que puedo vivir muchos años más, básicamente he pensado que la enfermedad se puede controlar muy bien pero a mi falta de fe hace que yo me descuide y lo malo que mi familia no me apoya... (P6)

...Desde antes que estuviera enfermo yo era muy activo, pero ya me he acostumbrado ya que tengo que trabajar con animales y realizar actividades de campo pero además de eso realizo ejercicio cada vez que puedo porque muchas veces amanezco sin energía con ganas de no hacer nada, el médico y las enfermeras me explicaron que el ejercicio me ayuda bastante porque hacen que mi azúcar no suba tanto, y como vivo en un área alejada pues decido mejor caminar largos tramos y eso a echo que mi azúcar se mantenga más controlada, a raíz de esto el médico me quito las pastilla de las que me daba por que mi azúcar está normalizada me he mantenido bien... (P7)

El concepto de adaptación, ha sido estudiado y desarrollado en diferentes ciencias; desde la biología, Charles Darwin consideraba que solo los organismos con la capacidad para adaptarse a un medio hostil lograrían sobrevivir ⁶⁰. La adaptación es entonces una habilidad vital para la especie humana, pero los cambios generados en pro de dicha adaptación son más biológicos que autoconscientes. En la psicología, la adaptación es más un comportamiento que

resulta como reacción a un elemento estresante o a las demandas y presiones que el entorno social ejerce sobre un individuo, los cambios adaptativos surgen a partir de procesos de raciocinio y sus efectos son más conductuales que biofísicos⁶¹.

Roy ²³, dice que las adaptaciones inmediatas y mediatas en el organismo que se someten a entrenamiento progresivo, controlado y dosificado, se beneficia en forma amplia. Estos cambios orgánicos son para el cuerpo y la mente benéficos ya que ayudan a preservar la salud, se deben traducir de acuerdo con la fisiología, para lograr un manejo adecuado del enfermo, de tal manera que el ejercicio físico se pueda manejar como elementó básico en las prevenciones primarias, secundarias y terciarias ²³.

Aunado a lo anterior Pollock ⁶², menciona que la adaptación es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, dado que el tratamiento y control de la DMT2 tiene un efecto sobre la adaptación del paciente en términos de bienestar social y psicológico ⁶². Es por ello que el paciente con diabetes requiere adaptarse tanto a la evolución de la enfermedad, como a las demandas que esta le plantea en su vida diaria, debido a que este padecimiento requiere una gran dedicación a la autopersona lo que incluye la realización de ejercicio para cubrir las necesidades fisiológicas de esta manera mejorar el estado de salud ⁶³.

Roy ²³, describe que los procesos adaptativos incluyen la actividad de los subsistemas para convertirse en el nivel individual. Los modos de adaptación son vistos como vías de manifestación de los procesos adaptativos. Los procesos centrales de adaptación son principalmente descritos como el subsistema regulador y el subsistema cognitivo. El subsistema regulador incluye todos los canales neuroquímicos y endocrinos por lo que la persona reacciona al medio mediante respuestas casi automáticas e inconscientes, en segundo lugar el subsistema cognitivo procesa la información perceptual, aprendizaje, juicios y

emociones, de tal manera que los estímulos externos e internos son procesados para que la persona pueda realizar una respuesta ²³.

Ampúdia ⁵⁹, describe el impacto de la diabetes sobre el estilo de vida, la salud y los ajustes psicológicos que se requieren tienen consecuencias en la salud psicológica y en el control glucémico. Existen efectos psicológicos favorables del ejercicio regular en la diabetes mellitus tipo II, una menor activación del sistema nervioso simpático al estrés cognitivo con una reducción favorable de la depresión, mejora de la autoestima y reducción de las alteraciones emocionales asociadas a episodios vitales estresantes, este beneficio de tipo psicológico facilita que los hombres acepten más fácilmente los cambios dietéticos ⁵⁹.

La adaptación es un proceso en el cual la persona es capaz de integrarse al entorno y a los cambios que se presentan en él, en donde el individuo responde a estímulos o demandas que se presentan en sus vidas y estas pueden ser de forma eficaz o ineficaz, así los adultos con diabetes mellitus tipo II manifiestan que después de un cierto tiempo con la enfermedad, logran adaptarse a ella y a los cambios que se presentan, y la clave para poder lograrlo son las acciones o respuestas positivas que ellos ejecutan y entre ellas tenemos la aceptación a la enfermedad, luego aprender a convivir con ella y lo más importante es la voluntad que ellos tengan para poder cumplir con todas las demandas y cuidados que la enfermedad origina.

CATEGORIA 4: MI SALUD REGULAR EN EL TIEMPO.

- **Autoconcepto: Concepto positivo de sí mismo**
- **Adaptación de interdependencia: Apoyo familiar y relaciones sociales**

Autoconcepto: Concepto positivo de sí mismo:

Se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno y la evolución que se va teniendo a lo largo del tiempo conviviendo con la enfermedad, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad pero que a la vez se desvía originando huecos de malas experiencias en las personas. El autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias, experiencias y sentimientos que una persona tiene acerca de si misma en un momento dado, estos son adquiridos a través de la interacción social a lo largo del tiempo ⁵⁷.

Roy ²³, menciona que la necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. También define autoconcepto como el conjunto de ideas y sentimientos que la persona tiene acerca de si mismo, los cuales son desarrollados en el transcurso de su vida y en la interacción con su entorno, este se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano. Existen muchas situaciones en donde las personas pueden ver alterado su autoconcepto como puede ser problemas sociales, el padecimiento de una enfermedad entre otros, debido a los cambios que pueden producir en su vida ²³.

En el caso de los hombres con diabetes mellitus tipo II, los cuales padecen la enfermedad en un transcurso de varios años manifestaron ser conscientes, solo deben tener un buen cuidado para evitar mayores daños en su salud a lo largo del tiempo que continuaran siendo hombres con diabetes, por lo cual revelan:

...Ahorita me siento bien con mi salud, en ocasiones me llega a pasar que estoy muy triste, enfadado, renegado con melancolía que hasta ganas me dan de llorar, pero pienso que es normal, ya que no siempre se puede estar feliz, pero esto me pasa más cuando estoy enojado por cierta cosa, pero ya que se me pasa el mal rato, ya no siento tanto los efectos, pero siento que ha aumentado más que antes, desde que soy diabético me pasa de que me enojo muy fácilmente y por lo tanto tiendo a sentirme más mal. Pero es más en la cuestión laboral, hay gente que luego no comprende lo que les explico y me hacen enojar y en ocasiones salimos peleados, lo malo que yo a causa del genio que me cargo me separe de mi esposa, ella vive aparte y no nos vemos pero como soy hombre en ocasiones tengo la necesidad de estar con algunas mujeres pero lo malo es que mi gallo ya no canta me hace quedar mal y eso pues me enoja más... (P1)

...Pues como regular, en ocasiones unos días estamos bien y contentos y otros días estamos todos tristes enojados o deprimidos y se siente que te lleva la fregada, básicamente depende el estado de ánimo en el que nos encontremos pero si en ocasiones no se sabe si uno estará deprimido, preocupado y pues uno se asusta no sabes que te valla a llegar a pasar, ahora ya no me da preocupación porque me siento bien. Hay gente que conozco que son diabéticos los veo mal, los veo fregados, veo la mayoría de gente que es diabética más mal que bien, pero en ocasiones si tratas de darles un consejo te lo toman a mal, así que es mejor que te preocupes por tu propia salud ya que en ocasiones si llega a deteriorarse... (P2)

...Hay va más o menos saliendo, he tenido enfermedades como gripas o cualquier dolor del cuerpo, pero hasta ahí nomás. Ya va cambiando uno de otras cosas, pues también ya no le brinca uno igual a la mujer... (P3)

...La salud mía esta regular y se va modificando mientras va pasando la vida y pues depende mucho de nosotros porque si nosotros nos portamos mal, nos ponemos a hacer cosas que no debemos o comemos cosas que sabemos que dañan nuestro cuerpo claro que nos vamos a acabar en muy poco tiempo... (P5)

...la verdad me ha resultado un tanto difícil poder ir superando cada problema que se me presenta, no pensé que esta enfermedad fuera tan fea pero lamentablemente fue a mí a quien me tocó vivirla pero por eso es que entre altos y bajos yo trato de llevar más o menos mi dieta, me tomo mis medicamentos bien, y hago lo que el médico me dice, lamentablemente en ocasiones soy muy débil de decisión pero por lo menos quiero vivir un poco más de tiempito y no desesperarme porque si lo hago valdrá chetos todo lo anterior, lo que a veces me preocupa y me da pena decirlo es que con mi esposa ya nada de nada de hacer cositas, cuesta mejor ya no hablarle de eso porque me da pena pensar que ni para eso ya sirvo. Pero ni modo ahora trato de sobrellevar mi vida por la enfermedad sé que las cosas pasan por algo y no me queda más que resignarme... (P6)

...Para mí la vida es lo más bonito que dios nos ha regalado, aunque a veces no sabemos cómo cuidarla y nosotros mismos dañamos nuestro cuerpo por todo lo que comemos pensando que es lo mejor pero realmente no sabemos la bomba que nos metemos, la salud es algo que quisiéramos tener todos ya que gracias a eso nos mantenemos vivos, sanos y sin malestares, me da lástima que algunos de mis hijos no se sepan cuidar y tengan el mismo destino que yo, tal vez eso fue lo malo que aprendieron de mí, mi esposa me comprende pero algunos de mis hijos no son comprensivos con nosotros, y a veces eso me hace sentir mal, pero sobrellevo mi vida y sigo con la esperanza de que ellos algún día cambien su forma de pensar hacia su cuidado y hacia mí... (P7)

Roy ²³, menciona la salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexisten basadas en toda la experiencia de la vida que tiene la persona, se mantiene la salud mientras las personas se adaptan. Al mismo tiempo que las personas reaccionan ante los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros alicientes. La liberación de energía desprendida de los intentos sin éxito de combatir el afrontamiento es capaz de promover una mejora de la salud ²³.

Ledon ⁶⁴, nos menciona las enfermedades crónicas se han considerado como acontecimientos vitales que generan grandes demandas en términos de recursos físicos, psicológicos y sociales, implicaciones que provocan sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo, pero en especial sobre el funcionamiento psicosocial, el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, el aislamiento, la incapacidad y la muerte acompañan los procesos de vida con enfermedades crónicas. Vivir estas experiencias podría influir en el curso y los efectos de la enfermedad y por tanto sobre las condiciones de vida de quienes viven con una enfermedad crónica ⁶⁴.

Los significados sociales y personales manejados sobre la enfermedad en el momento y contexto que se vive también impregnan el proceso de comunicación del diagnóstico, así como las respuestas emocionales consecuentes y las estrategias de afrontamiento a la enfermedad. El diagnóstico de una enfermedad crónica puede significarse como un fenómeno altamente estresante, un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o por el contrario un beneficio, un alivio, incluso como una enseñanza y una oportunidad de aprender aspectos esenciales para la vida. De estos significados dependerán otros procesos como la adhesión al tratamiento, la adaptación o ajuste y el logro de un sentido de vida y bienestar con la enfermedad ⁶⁴.

Roy ²³, dice que la necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un

sentido de unidad, significado y finalidad en el universo, el autoconcepto se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos. Sus componentes son: el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas y la moral, la ética y la espiritualidad del ser

23.

Adaptación de interdependencia: Apoyo familiar y buenas relaciones sociales

La interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor de la adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (parejas, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social ⁴².

Los hombres han llegado a percibir un cambio poco después de iniciar con el padecimiento es la disminución o dificultad de mantener relaciones sexuales con sus parejas, tal magnitud del problema hace que principalmente los hombres se depriman debido a que lo primordial para ellos en una relación es el contacto sexual, se inicia a crear un círculo de inseguridad hacia los demás, sin embargo, hay un apoyo evidente por parte de sus parejas, no les importa ese tipo de cambios en sus esposos, los hombres sienten que no todo está perdido.

Nazar B ⁶⁵, identifica aspectos sobre la disfunción eréctil y la eyaculación retrograda es muy frecuentes en la DM y puede ser de los primeros indicios de neuropatía diabética, los hombres sufren una gran frustración al pensar que no podrán tener más intimidad aunado a esto su temperamento cambia, se vuelven más enojados, desesperados, melancólicos, en ocasiones hay indicios que este padecimiento afecta a personas más jóvenes, ellos descargan su ansiedad contándoles a sus parejas y en gran parte reciben comprensión, las cuales logran de alguna contrarrestar las ideas que se les vienen a la mente lo cual puede

resultar dañino en el control de la enfermedad. La disfunción eréctil, cuya frecuencia aumenta con la edad del paciente y la duración de la diabetes, puede ocurrir en ausencia de otros signos de neuropatía diabética ⁶⁵.

En el caso de las personas con enfermedades crónicas como, la diabetes mellitus tipo II requiere apoyo afectivo para poder mantener un equilibrio físico – emocional y así poder cumplir con las demandas que la enfermedad impone. La mayoría de los sujetos de investigación relatan en las entrevistas que cuentan con cierto apoyo familiar pero no del todo ya que se han llegado a quedar solos y básicamente es la soledad la que los acompaña en etapas avanzadas de la enfermedad, esto da un amplio panorama sobre las enfermedades crónicas, se establece un vínculo entre persona enferma y soledad, se perciben como una carga para la familia, principalmente con la pareja se tienen significativas diferencias que terminan llevando a las relaciones en rupturas que son sumamente significativas para el estado emocional y temperamental del hombre debido a que han sido relaciones de bastante tiempo de convivencia, pero aun así tratan de mantenerse siempre positivos, de esta manera el apoyo familiar se convierte en una parte esencial para la adaptación a la enfermedad.

CONCIDERACIONES FINALES

En general las personas con diabetes tienen una experiencia de vida que afecta un sinnúmero de cosas que giran en sus esferas física, psicológica y espiritual e influyen de distintas formas de adaptarse a cada hombre, al final del estudio como resultado de las narraciones de siete hombres que viven con diabetes mellitus tipo II entre sus múltiples experiencias compartieron que algunos logran adaptarse a vivir con la enfermedad y generan una forma distinta de actuar e interactuar ocasionando que haya modificaciones significativas en cada uno y por lo tanto, alteraciones en la convivencia familiar ocasionando nuevas formas de vivir y de acuerdo con la teórica Roy hay congruencia en el modelo Adaptativo debido a que cada ser humano da sus respuestas de acuerdo a las necesidades que el entorno le demanda, lo cual se da a conocer a continuación.

En las narraciones de los hombres se identificó como punto clave en el proceso de enfermedad la automotivación y la soledad como acompañante, debido a que el cambio ha sido indescriptible, su vida ha dado un giro radical no solo en la cuestión biológica y de modificación de hábitos, más bien se ha tornado una vida llena de dificultades en el entorno familiar en el que se desempeñan, no han sido capaces de mantener buenas relaciones de comunicación con sus hijos ya que cuando lo intentan los conlleva a agresión psíquica, con la pareja no son capaces de mantener adecuados canales de entendimiento, debido a que su temperamento se torna más agresivo y alteran sus relaciones familiares haciendo cada vez que los hombres se aíslen hasta el punto de la soledad, debido a ello su autoconcepto y autoestima se deteriora, a tal punto de fugarse de la familia, lo que hace que sea una alternativa que los vuelva felices.

Los hombres con diabetes mellitus afirman que cumplen con sus cuidados de la enfermedad y vida diaria, no en su totalidad con el tratamiento farmacológico, la mayoría afirma que realizan actividad física y dos hombres lograron mantenerse

estables en su control con solo ejercicio físico, una gran parte de ellos logran restringir malos hábitos alimenticios lo cual cambia favorablemente su estado de salud, se les hace hincapié sobre los cuidados que deben incluir en su vida cuando asisten a los grupos de ayuda mutua, ellos han referido que su glucosa tiene un mejor control, de tal manera que se les ha llegado a disminuir el tratamiento farmacológico y les sirve como distractor para salir de la rutina diaria, ellos ponen su voluntad para evitar complicaciones, ya que algunos de ellos tienen responsabilidades en el aspecto familiar, motivo por el cual tratan de seguir adelante.

En cuanto a los modos de adaptación se cumplen los cuatro aspectos; el modo fisiológico refiere que en un tiempo de tres años logran adaptar a los cambios que se producen en ellos y a cumplir con el tratamiento para mantener estable su salud, en el modo de rol debido a la etapa de vida en que se encuentran desempeñan roles en el trabajo, hogar y relaciones sociales, algunos han sido afectados por no haber utilizado mecanismos positivos de afrontamiento, en el modo de autoconcepto, tienen un concepto bueno de sí mismos y en el rol de interdependencia, refiere no tener muy buenas relaciones familiares y sociales lo que desfavorece a su adaptación a la enfermedad.

El estrés y los problemas familiares influyen negativamente en la adaptación de los hombres con diabetes mellitus tipo 2, pues esto hace que aumente los niveles de glucosa en sangre, lo cual es perjudicial para su salud, por más que cumplan tanto con la dietoterapia, actividad física y tratamiento farmacológico, es por ello que es de suma importancia el apoyo familiar como soporte emocional y en la adherencia del tratamiento.

La familia es fundamental para los cuidados continuos de la diabetes así como para el proceso de adaptación a la enfermedad, más sin embargo, vemos claramente que algunos de los entrevistados refieren que no reciben apoyo por parte de sus familiares, otros reciben más bien ayuda en su tratamiento por parte

de amigos o vecinos esto nos hace indagar en la problemática que sufren los hombres con diabetes al no recibir ayuda holística por parte de la familia, y hace que se establezca un programa de intervención hacia la familia para condicionar un dialogo entre el enfermo y su entorno familiar permitiendo de esta manera haya una adecuada comunicación entre los vinculados y el personal, de esta forma enfermería actúa como un intermediario y a base de esto se pueda trabajar y dar resultados favorables con ambos ejes que se trabajan, no olvidemos que la familia es de suma importancia, ya que su apoyo, comprensión y cuidados tornan la vida con diabetes más sencilla para el paciente. Además adquiere un papel trascendental al poder apoyar al paciente a modular su temperamento o juntos ensayar distintas maneras para afrontar los problemas y servir de apoyo.

RECOMENDACIONES

Las investigaciones proponen establecer programas que ayuden a fortalecer la adaptación de hombres que padecen diabetes mellitus junto con sus familias, de esta manera evitar posibles complicaciones y mejorar las experiencias de vida de los hombres, ya que se necesita de mucha fuerza de voluntad para poder lograr adaptarse a su totalidad, por ello se deben conformar equipos multidisciplinarios, mediante la educación y el seguimiento continuo a los hombres y familia. Mediante talleres de apoyo psicológico y emocional que contribuya al fortalecimiento de su voluntad para el cumplimiento de su tratamiento.

A las enfermeras de los institutos de salud se recomienda elaborar una estrategia que contempla diversas actividades tales como: visitas domiciliarias, sesiones educativas, entrevistas, como eje principal para las personas con diabetes mellitus tipo II, con el fin de informarles de manera sistémica sobre el proceso de adaptación, mejorando su calidad de vida y evitando complicaciones. Así mismo poner mayor énfasis en las actividades de prevención y control de la diabetes mellitus dirigidas a la comunidad y sobre todo a las familias, ya que en ella se imparte los sentidos de vida de cada persona.

Incluir en los programas educativos a la familia, teniendo en cuenta que ella es el pilar fundamental para la ayuda de los hombres con diabetes, a fin de lograr su adaptación frente a la enfermedad. A través de la orientación sobre los estilos de vida saludables en cuanto a la dietoterapia y el ejercicio físico, incentivándolos a ser el apoyo emocional para que los hombres se reintegren a su vínculo familiar y cumpla con lo que la enfermedad requiere, así mismo contribuya con la vigilancia en cuanto al cumplimiento del tratamiento y de esta manera brindar una mejor calidad de vida a la persona y evitar posibles complicaciones.

Realizar evaluaciones periódicas con la finalidad de evaluar el progreso favorable de cada paciente con el fin de percibir que se puede modificar y que se puede seguir quedando del mismo modo y el paciente pueda autoevaluarse de tal forma que no necesite que siempre lo esté vigilando algún personal de salud, se puntualiza lograr un cierto grado de autonomía de cada persona mejorando cada ámbito que lo rodea y que cada paciente por si solo aunado a su familia logre resultados más eficaces y pueda enseñar a otros con los que comparte la enfermedad su método de control y mejora, haciendo que se expanda el método entre redes de ayuda hacia otras poblaciones o comunidades lo cual dará una mayor mejora no solo donde se realizó el estudio y se practicaron los programas sino en una amplia población que mejorara significativamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Melchor Alpízar Salazar, 2013. Guía para el manejo integral del paciente diabético. 268 pp.
2. Rodríguez Arturo, 2012, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, DGAE/Secretaría de Salud [Base de datos del Sistema de Notificación Semanal SUAVE] (información preliminar). [citado 2013, nov7].
3. Derek Le Roith, Simeon I. Taylor, Jerrold M. Olefsky. 2005. Mc. Graw hill.
4. Olaiz Fernández Gustavo, Rojas Rosalba, Aguilar Salinas Carlos, Rauda Juan, Villalpando Salvador, 2000, Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, México.
5. Velázquez Monroy Oscar, Lara Esqueda Agustín, 2006, Epidemia de la diabetes en México y en el mundo, 3ra edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 467 pp.
6. Torres López Juan, et al, 2013, Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2, primer trimestre, 3 pp.
7. Agudelo, et al, 2007, Percepción a la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar 1 y sujetos sanos, 7 pp.
8. Imogene K, et al, 1984, Enfermería como profesión, 1ª Edición. Editorial Limusa. México, 37 pp.
9. Karol Wojtyla K, 1982, Persona y Acción, 1ra Edición, Editorial Católica, Madrid España, 466 pp.
10. Du. Gas, B, 2000, Tratado de enfermería práctica. 4ª edición. Interamericana Mc Graw Hill; México, 103 pp.
11. Monroy Rojas Araceli, García Jiménez Ma, Alberta, Cárdenas Becerril Lucila, 2005, Enfermeras historias de vida, Edit: Juárez Hernández José Miguel, México, 25 pp.
12. Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), [página de internet] 2012, [citado 2014 Febrero 17] 127 pp.

13. Flores Lozano Fernando, Cabeza de Flores Ángela, Calarco Zaccari Elena, 2005, Endocrinología 5ª Edición. Editores Méndez. México 348 pp.
14. INEGI 2010, [página de internet] México, [citado 2014 febrero3] Síntesis metodológica de las Estadísticas vitales, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
15. Encuesta Nacional de Salud (ENSA), [página de internet] 2012, [citado 2013 diciembre 06] 38 pp.
16. America Diabetes Association: Management of sislipidemia in adultswich diabetes, [página de internet] 2000, U.S.A, [citado 2013 diciembre8] Diabetes Care, ALAD, 36 pp.
17. Norma oficial mexicana nom- 015-ssa2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes en la Atención Primaria a la Salud.
18. Secretaria de salud, 2009, Diabetes guía para pacientes, México, DF. UNEMES.
19. Pérez Pasten E, 2001, Manual para educador diabetes mellitus, Editorial Soluciones Gráficas, 149 pp.
20. Robles Valdés Carlos, et al, 2002, Control total de la diabetes, libro de diabetes de la federación de diabetes, México. 201 pp.
21. Dorel Bruscas Raquel, 2000, Historias de vida, revista científica, 13 pp.
22. Frías Ozuna A, 2000, Enfermería comunitaria, Mason, Barcelona España, 502 pp.
23. Marriner A, et al, 2011, Modelos y teorías de enfermería. 7^{ma} Edición. Editorial Hatcourt, España, 269 pp.
24. Barrientos Rodríguez John David, 2007, Experiencias de vida, 18 pp.
25. San Martin Hernon, 2001, Tratado general de la salud en el caso de las sociedades humanas, Edit. Prensa Medica Mexicana, México. 130 pp.
26. Goethe, 2009, En sus contribuciones a los Fragmentos Fisiognómicos de Lavater, vol. I, 18 pp.
27. Yepes C Gloria Inés. Rodríguez G Hilda Mar. Montoya L María Edilia, 2009, El aprendizaje como experiencia de vida, 56 pp.

28. Claxton, Guy, 2011, Aprender el reto del aprendizaje continuo, Barcelona, Paidós, 13 pp.
29. Tejeda Tayabas Luz María, Grimaldo Moreno Blanca Estela, Maldonado Rodríguez Olga, 2006, Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y padecimiento, Edo de México, México, 8 pp.
30. De la Revilla L y J.M Espinosa, 2003, La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores, Atención primaria, Vol. 31 No. 9: 587 pp.
31. Castro R, L Campero and B. Hernández, 1997, Research on social support and health: current status and new challenges, Rev de Saude Publica Vol. 31 No. 4: 425 pp.
32. Rodríguez Vázquez Juan, 2011, Experiencia de estar enfermo. México DF, 3 pp.
33. Luqui Garden Miguel, 2006. Los significados de la enfermedad. Barcelona España. 3 pp.
34. Sacchi Mónica, Hausberg Margarita, Pereyra Adriana. 2007. Percepción del proceso salud – enfermedad – atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud. Vol. 3 271 pp.
35. Ávila Sansores, 2011, Grupos de ayuda mutua: ¿Son eficaces en el control lipídico y glucémico en la diabetes? Desarrollo Científico de Enfermería; Vol. 19, No. 1 Enero, 10 pp.
36. Chávez M, Madrigal H, Chávez Ríos, 2002, Guías de alimentación, México INNSZ, OPS-OMS. México 11 pp.
37. Secretaria de salud, 2009, Grupos de Ayuda Mutua, Guía técnica para el club de diabéticos, México, DF. 7 pp.
38. Instituto de Salud en el Estado de México, 2011, Programa de ejercicios para el cuidado de la salud PROESA, Toluca, México, 25 pp.
39. Abellanas Cebolledo Pedro. 2006, Gran enciclopedia Rialp. Editorial Rialp, 6ta Edic. Tomo 9. Madrid. 420 pp.
40. Borobia J, Lluch M, 2002, Idea cristiana del hombre. Ediciones universidad de Navarra, Pamplona, 98 pp.

41. Lescano Rubén O, 2006, Como cuidar nuestras emociones. Ediciones Euro, México, 203 pp.
42. Gutiérrez Agudelo M, 2007, Adaptación y cuidado en el ser humano: Una Visión de Enfermería, Manuel Moderno, Colombia, 58 pp.
43. Miranda Velazco M. 2000, Evaluación del proceso de cuidado de la Diabetes Mellitus, 1° Edición, Universidad de Salamanca, España, 208 pp.
44. Bardin L. 1977, Analise de conteúdo. Lisboa, Ed 70, Brasil.
45. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud 2004.
46. Ludke M Marli, 1986, El estudio de Caso: su potencial en estudio, 3° Edición. Editorial EPU, Sao Paulo, Brasil, 40 pp.
47. García Cuadrado A, 2010, Antropología Filosófica, 2da Edición, Editorial Eunsa, España, 28 pp.
48. Rivas Acuña Valentina, et al, 2011, Prevalencia de ansiedad y depresión con diabetes mellitus tipo 2, Revista de salud pública, Vol. 17 núm. 1 – 2, enero – agosto, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco México, 31 pp.
49. Lazcano Ortiz M, Salazar González B, 2007, Estrés percibido y adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Aquichan Colombia, 77 pp.
50. Bisquerra R, 2000, Educación emocional y bienestar, Edit: Cisspraxis, Madrid, España, 28 pp.
51. Siquiera P, Franco D, Dos Santos L, 2008, Los sentimientos de los hombres después del diagnóstico de diabetes tipo 2, Rev. Latino – Am. Enfermagen, Enero/ Febrero, Vol. 16 No. 1, Brasil, 101 pp.
52. García M, Silverio, 2005, La tristeza en niños, adolescentes y adultos: un análisis comparativo, México, 78 pp.
53. Valdés Díaz M, 2008, Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos generales. [Tesis Doctoral], Sevilla, España, 63 pp.
54. Beca Infante J, 2008, El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud, Ética de los Cuidados, Enero, 7 pp.

55. Suewit R, Schneider, 2010, Role of stress in the Etiology and Treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55 pp.
56. Lazarus R. 1986, *Estrés y procesos cognitivos*, Edición, Martínez - Roca, Barcelona, España, 24 pp.
57. Palomino Lorente A, 2009, *Fundamento de psicología de la personalidad*, 2da Edición. Editorial: Edición Rialp, Madrid España, 35 pp.
58. Reeve J, 2009, *Motivación y Emoción*, Mc Grall Hill/ interamericana, 4ta Edición, México. 28 pp.
59. Ampúdia F J, et al. 2006 *Diabetes y ejercicio*. Mayo. Cabrera F T. Aribau Barcelona, España, 25 pp.
60. Rodríguez Gabriel, 2009, El legado radical de Charles Darwin a las ciencias sociales. En: *Revista Antípoda.*, no. 9, p. 267-282.
61. Larsen Randy, Buss David, 2005. *Desarrollo de la personalidad*. En: *Psicología de la personalidad: Dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. Capítulo 11. México: Editorial MacGraw Hill, 326 pp.
62. Pollock S. 2010, Human responses to chronic illness: Physiologic and psychosocial adaptation. *Nursing Research*, 90 pp.
63. Whittemore R, et al, 2009, Cambio de vida en la diabetes tipo 2, un modelo de proceso, *Investigación en Enfermería*, 18 – 24 pp.
64. Ledon Llanes L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedades crónicas desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011; 37, (3): 324 – 337.
65. Nazar Beutelspacher A, Salvatierra Izaba B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Revista de salud pública*. 2010. (28) 4 – 9.

ANEXOS



**Guía de entrevista
Diabetes Mellitus tipo II**

OBJETIVO GENERAL

Narrar las experiencias de vida en hombres de 40 – 55 años que padecen Diabetes Mellitus tipo II en un grupo de ayuda mutua el municipio de Santa Cruz Atizapán 2014.

FECHA ___/___/___

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

DOMICILIO: _____

1. ¿Cuáles son las experiencias de vida que ha tenido con la enfermedad de diabetes mellitus tipo II?

2. ¿Desde su perspectiva como percibe la vida?

3. ¿Qué medidas de control ha tenido en la diabetes mellitus tipo II?

4. ¿Usted cómo percibe la salud?

5. ¿Qué cambios tuvo que hacer en su vida cuando se le diagnosticó la enfermedad?

6. ¿Qué causas piensa que contribuyeron al desarrollo de la diabetes mellitus tipo II?

7. ¿Su familia lo ha apoyado desde que inicio con esta enfermedad?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos realizando un estudio en personas que asisten al grupo de ayuda mutua en Santa Cruz Atizapán, para conocer las experiencias de vida en hombres que padecen diabetes mellitus tipo II. Por lo que solicito proporcione algunos datos sobre experiencias de vida y cuidados con su salud, además solicito la autorización para hacer una entrevista y grabar la conversación.

La información que proporcione va a ayudar a comprender como se siente la persona que tiene diabetes mellitus, tenga la confianza y seguridad de que los datos obtenidos en esta entrevista serán confidenciales, esto significa que en ningún momento se utilizara su nombre. Tiene derecho a recibir información sobre los resultados de esta investigación, y los datos serán publicados en beneficio del conocimiento sobre la Diabetes Mellitus tipo II. Además la participación es voluntaria y que ningún daño, riesgo u otro peligro ocurrirá en su persona.

Por ello, en cualquier momento, que decida puede suspender la participación, tengo toda la libertad de hacerlo, esto no traerá ningún tipo de penalidad ni de ninguna otra índole. Por tanto, si está de acuerdo llene el siguiente espacio con sus datos; Yo _____ estoy de acuerdo en participar del estudio titulado “Experiencias de vida en hombres con Diabetes Mellitus tipo II en el Estado de México” mi participación es voluntaria, en caso de identificar algún factor de riesgo que potencialice la enfermedad o que este dificultando su control será orientado para recibir tratamiento médico. Por lo expuesto anteriormente, si acepto participar en el estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

FECHA _____ en caso de cualquier duda comuníquese con el investigador a la siguiente Dirección: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Col. Moderna de la Cruz. Tel: 2175880.



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Edén Cruz Campuzano Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el Estado de México, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Enfermería y Obstetricia para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 07 días del mes de Octubre de 2014.

Edén Cruz Campuzano
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Nancy Yaritzel Orozco Campuzano Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el Estado de México, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Enfermería y Obstetricia para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 07 días del mes de Octubre de 2014.

Nancy Yaritzel Orozco Campuzano
Nombre y firma de conformidad