

Significado de la Salud-Enfermedad en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo dos



SIGNIFICADO DE LA SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS

DIANA CRUZ MORA



FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SANTIAGO DE CALI
2012

SIGNIFICADO DE LA SALUD-ENFERMEDAD EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS

DIANA MARCELA CRUZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR
EL TITULO DE TRABAJADORA SOCIAL

DIRECTOR
VICTOR MARIO ESTRADA OSPINA
MSC EN SALUD PÚBLICA



FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Dedicatoria

El poder llegar al final de esta etapa, se debe al esfuerzo de muchas personas que de una forma u otra hicieron parte de lo que hoy se convierte en una meta cumplida y deja muchos aprendizajes a nivel personal y profesional, además de la certeza del camino que queda por recorrer.

*Es necesario por esto darle las gracias a personas que fueron vitales dentro de este proceso, como todas y cada una de **mis compañeras(os) de estudio** con quienes pasamos grandes momentos, de aciertos y desaciertos a partir de los que fuimos construyéndonos como Trabajadoras(es) Sociales.*

*A **mis profesores(as)** que me enseñaron a ver la vida desde otra perspectiva, quienes con sus exigencias, de las que en algún momento me queje, hoy son motivo de agradecimiento, porque fueron pieza fundamental de este proceso.*

*A **Nubiesita** quien siempre estuvo ahí de una forma u otra para guiar, apoyar, salvarme e incluso regañarme.*

*A **Liliana Torres y María Teresa Rincón** por brindarme la oportunidad de realizar mi trabajo de grado dentro de esta investigación, junto con **Sheila Gómez** coordinadora del proyecto, quien no sólo me permitió hacer parte, sino aprender de ella como profesional y gran ser humano, al equipo de primera y segunda fase en la investigación y a mi director de tesis **Víctor Mario Estrada Ospina** por compartir su experiencia y trayectoria.*

*A **mi familia** por su tiempo, apoyo, comprensión, dedicación y porque no decirlo ¡sacrificio!, a mi hijo **Juan Camilo** por recordarme que nada en la vida es imposible, a mi hija **Mariana** por soñar conmigo, a mi esposo y compañero de vida **Eduardo Rodríguez** por su amor e incondicionalidad.*

*A todas(os) y cada una de las personas participantes de esta investigación, sin cuyas vivencias esta investigación no podía ser posible. Y especialmente a **Dios** y a **la vida** por permitirme cumplir uno de mis más grandes sueños, ser **Trabajadora Social***

Agradecimientos Institucionales:

Doctora: Adriana Siuffi, Gerente Regional Cali, Atención Médica Especializada, Amesa.

Doctor: Jorge Mejía –Pediatra Hospital Universitario del Valle.

Empresas Sociales del Estado, Cali, Valle del Cauca.

Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle.

Centro para el desarrollo y evaluación de políticas y tecnología en salud publica

CEDETES.

Centro para el desarrollo integral de la salud materna, perinatal, Infantil y adolescencia CEMILLAS.

Coomeva EPS.

Grupo de Medicina Periodontal GMP.

Hospital Carlos Holmes Trujillo.

Hospital Cañaveralejo.

Hospital Joaquín Paz Borrero.

Universidad del Valle.

Servicio Médico Universidad del Valle.

ABREVIATURAS

MD2: Diabetes Mellitus tipo II.

ECV: Enfermedad cardiovascular.

EPS: Empresa Promotora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

HTA: Hipertensión Arterial.

OMS: Organización Mundial de Salud.

P y P: Promoción y prevención.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....10

Capitulo 1

1. Propuesta de investigación y estrategia metodológica

1.1Antecedentes y justificación.....14

1.2 Objetivos 18

1.3 Estrategia metodológica..... 19

1.4 Trabajo de Campo 21

Capítulo 2

2. Marco Contextual.....28

Capitulo 3

3. Acercamiento conceptual y teórico.....32

Capítulo 4

4. Los actores de la investigación.....41

Capítulo 5

5. Salud, enfermedad y significados..... 48

5.1 Salud–Enfermedad.....	52
5.2 Conocimientos sobre la diabetes Mellitus dos.....	59
5.3 De hábitos que afectan la salud a hábitos saludables.....	70
5.4 “El miedo menor es a la muerte”.....	78
5.5 Motivaciones para la realización del tratamiento.....	85
5.6 Cambios de estilo de vida.....	93
 6. CONCLUSIONES.....	 102
BIBLIOGRAFÍA.....	109
 ANEXOS	
1. Guía de entrevista.	
2. Formato de conocimiento informado	
3. Datos básicos de los participantes de la investigación	
4. Categorías de análisis	
5. Guía para proceso de selección de información y análisis	

INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta a continuación, es el resultado de la articulación con un proceso investigativo en el área de salud, para tal fin se inició con la revisión del proyecto marco denominado “*Enfermedades cardiovasculares, trayectorias personales y estilos de vida en Cali*”¹, el cual tuvo como objetivo general *reconstruir la trayectoria de vida de personas entre 17 y 60 años, diagnosticadas con Enfermedades Cardiovasculares (ECV), residentes en la ciudad de Cali*, con especial referencia al surgimiento de la enfermedad y su impacto en la vida de estos sujetos. Específicamente, las patologías que se tuvieron en cuenta para este estudio fueron: Hipertensión y/o Diabetes Mellitus tipo dos (DM2).

¹ Iniciativa financiada por la Universidad del Valle a través de convocatoria interna para la conformación del Banco de Proyectos de 2010, realizada por tres grupos de investigación, pertenecientes a la Facultad de Salud, los cuales son responsables ante la Universidad del Valle del desarrollo de este proyecto. A saber: CEMILLA (Centro para el Desarrollo Integral de la Salud Materna, Perinatal, Infantil y adolescencia), GMP (Grupo de Medicina Periodontal) y CEDETES (Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública).

Sin embargo para el desarrollo de la presente investigación sólo se seleccionó información pertinente a la DM2, patología cuya aparición y significado, connota una mayor severidad en quienes la padecen.

Posteriormente se establece por eje orientador el objetivo específico número tres, de la investigación marco. A saber: reconstruir el proceso (significado de la enfermedad, el estar enfermo y ser visto como enfermo) mediante el cual los sujetos diagnosticados con ECV, le dan sentido a la enfermedad. Sin embargo se evidencia la necesidad de comprender la relación que existe entre la realización del tratamiento y la construcción de los significados sobre la enfermedad como elemento fundamental que enmarca el actuar de los sujetos participantes de la investigación.

Por consiguiente esta investigación se propuso conocer ¿Cuál es el significado que las personas dictaminadas con Diabetes Mellitus tipo dos (DM2) le dan al diagnóstico? y comprender ¿Cómo el significado que le dan a la enfermedad influye en la realización del tratamiento? temática abordada desde un paradigma interpretativo, específicamente desde el interaccionismo simbólico, que permite analizar la relación que existe entre los significados que construyen las personas y sus acciones.

Este documento cuenta con cinco capítulos, el primero presenta brevemente los diferentes estudios realizados sobre DM2 y la pertinencia de hablar sobre un tema poco abordado desde el Trabajo Social, lo que lleva a la pregunta de investigación, los objetivos, el tipo de estudio, la metodología y el trabajo de campo. El segundo capítulo permite la ubicación espacial del contexto geográfico y lugares específicos donde se desarrolla la investigación. Seguido en el capítulo tercero, se encuentra el marco de referencia teórico, siendo este el soporte desde el cual se realiza el análisis; posteriormente en el capítulo cuarto se presentan los actores de esta investigación, el quinto capítulo se evidencian los datos y hallazgos recogidos en las diferentes entrevistas realizadas. Finalmente las conclusiones de todo el proceso investigativo, bibliografía y anexos.

Propuesta de investigación y estrategia metodológica

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

1.1. Antecedentes y justificación

Este proceso investigativo inició con la búsqueda bibliográfica de diferentes estudios realizados sobre el tema, partiendo de una categoría amplia, como lo son las enfermedades cardiovasculares, para posteriormente profundizar en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Se encontró en común, que sobre estos temas el mayor número de desarrollos investigativos son a nivel clínico y epidemiológico, privilegiando el número de incidencia de casos dentro de poblaciones a nivel local, nacional e internacional y la identificación y/o caracterización de los factores de riesgo² de mayor predominio dentro de la aparición o el riesgo de presencia de estas enfermedades.

En relación a esto Díaz y Córdoba (2003: 51) presentan que “en la actualidad los factores de riesgo de la ECV han sido agrupados en no modificables y modificables. Los no modificables son aquellos imposibles de controlar la edad, el género y la herencia. Los modificables, son los posibles de controlar como la hipertensión, las dislipidemias, el tabaquismo, la diabetes, la

² En este sentido según el decreto 3518 del 2006 los factores de riesgo consisten en “aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud”.

obesidad y el sedentarismo". Según Torrades (2006:97) la causa principal de la diabetes tipo 2 está relacionada con el modo de vida de las personas, "es decir, la mala alimentación que lleva a la obesidad, la falta de ejercicio y la vida sedentaria" lo que ha desencadenado que en los últimos años el aumento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo dos a temprana edad.

En relación a los trabajos sobre DM2, se encontraron entre las producciones bibliográficas la realizada por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco la cual compila investigaciones desarrolladas en México sobre este dictamen, agrupas desde dos enfoque; el primero poblacional y económico y el segundo biológico clínico, buscando presentar la complejidad del abordaje de este diagnóstico; siendo relevante mencionar lo expresado por Mercado y Medina (2010), los cuales plantean que el interés de los investigadores parece centrarse en el diagnóstico en si mismo, siendo pocos los autores que abordan lo que piensan, creen y proponen las personas que padecen por esta causa. Como resultado de este análisis documental, establecen que los diferentes estudios revisados se centran en población urbana, adulta, de tercera edad y bajos recursos; abordando temas como "el proceso como perciben e interpretan el padecimiento, sus experiencias con el padecimiento, sus trayectorias de vida y las practicas de atención al mismo padecimiento" Mercado y Medina (2010:128)

De igual forma según la OMS³ y la OPS⁴, la DM2 se considera una de las principales ECV de interés en salud pública, dado el aumento progresivo de personas diagnosticadas anualmente en los diferentes países, situación que se establece a nivel internacional como alarmante debido a las consecuencias para la persona y su grupo familiar, más aún cuando se tiene en cuenta que son categorizadas como diagnósticos prevenibles, que dependen directamente del estilo de vida de las personas. Considerando la presencia de DM2 como un factor de riesgo en sí mismo difícil de prevenir y tratar dadas las múltiples dificultades relacionadas, no sólo por la ingesta de medicamentos, sino por el cambio de aquellos factores denominados modificables, pero que se relaciona directamente con el estilo de vida⁵ de las personas, respondiendo a su vez a condiciones culturales, económicas, sociales y familiares.

Con respecto a trabajos de grado desde la escuela de Trabajo Social se encontró el realizado por Reyes y Rojas (1996), denominado Impacto del apoyo familiar en la adhesión al tratamiento del paciente con Diabetes tipo II,

³ Organización Mundial de la Salud

⁴ Organización Panamericana de la Salud

⁵ Según Montes de Oca y Mendocilla en Grimaldo *los estilos de vida, al ser entendidos como la forma de vivir, conforman las pautas de conductas de las personas, a nivel individual y/ o grupal dentro de las cuales se busca contribuir en la promoción y protección tanto de la salud física, como de la mental, de ser enfocada de esta forma haría referencia a un estilos de vida saludable; es decir un "comportamiento que disminuye los riesgos de enfermedad tales como un adecuado control de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicio, sueño, distracción y una correcta distribución del tiempo entre otros" (2010:52).*

el cual aborda los temas de diabetes como enfermedad crónica, el sistema familiar y la adhesión al tratamiento.

Este rastreo bibliográfico evidenció, que si bien existen trabajos en torno a la DM2 donde se establecen las dificultades que tiene la realización del tratamiento, no se encontraron estudios desde Trabajo Social (al momento de esta revisión), que relacione el significado que construyen las personas sobre la enfermedad y la realización del tratamiento

Finalmente es pertinente mencionar que la relevancia de esta investigación radica en evidenciar la importancia de abordar un diagnóstico complejo como DM2 desde la mira del Trabajo Social, dado que el clínico resulta insuficiente, puesto que hace una lectura lineal entre diagnóstico y tratamiento sin dar espacio a la construcción de significados sobre el dictamen, restándole importancia a lo que representa para cada persona el diagnóstico y el cambio de hábitos, estos últimos configuran lo que son como seres humanos. Es así, como esta investigación busca evidenciar a partir de la indagación sobre el significado de la salud, la enfermedad, el tratamiento, los estilos de vida saludables y los conocimientos sobre el diagnóstico, el por qué las personas realizan o no los tratamientos, con el fin de que sirva de insumo para pensarse en el direccionamiento de procesos de tratamiento que sean

acordes y den respuesta a las necesidades de cada persona diagnosticada con DM2.

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta de investigación que orientó este trabajo fue la siguiente:

¿Cuál es el significado que las personas dictaminadas con diabetes le dan a este diagnóstico? y ¿cómo el significado que le dan a la enfermedad influye en la realización del tratamiento?

Para tal fin se propusieron los siguientes objetivos

1.2. Objetivos

Objetivos Generales

1. Conocer el significado que las personas diagnosticadas con diabetes le dan a la enfermedad.
2. Establecer la relación que hay entre el significado que construyen las personas sobre la enfermedad y la realización del tratamiento.

Objetivos específicos

- Indagar el significado que las personas le asignan a la salud y la enfermedad.

- Indagar sobre los conocimientos que tienen las personas acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- Explorar el significado que tienen para las personas los hábitos saludables.
- Explorar los sentimientos que generó y/o genera el ser diagnosticado con DM2.
- Identificar las motivaciones que las personas tienen para la realización o no del tratamiento.
- Identificar los cambios en estilos de vida que se han generado posterior al diagnóstico.

1.3 Estrategia metodológica

En coherencia con los objetivos se realizó un *estudio de tipo exploratorio, descriptivo*, dado que el tema ha sido estudiado desde otras áreas pero poco abordado desde el Trabajo Social y tuvo como fin conocer, describir, analizar y entender los elementos relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el significado que se le da a los mismos. De igual forma se establece el carácter sincrónico del estudio puesto que se desarrolla en un momento determinado.

La metodología utilizada fue de *tipo cualitativo*. A través de ésta se buscó recoger la voz de los sujetos frente a una experiencia enmarcada en su contexto particular, enfoque que no sólo permitió conocer a fondo la

información que cada uno de los participantes aportó al proceso, sino que, proporcionó al análisis una riqueza de tipo interpretativa.

Teniendo en cuenta el carácter de la investigación y los objetivos propuestos, la técnica escogida fue la *entrevista semi-estructurada* permitiendo la realización de otras preguntas con la finalidad de indagar sobre los diferentes matices resultantes dentro del proceso, lo cual contribuyó a la ampliación de la información inicial, nutriendo el análisis y posteriores resultados.

Para tal fin se trabajó con un universo conformado por diez personas diagnosticadas con DM2, veintiuna con HTA y nueve concomitantes con DM2 e HTA, para un total de cuarenta personas entre los 17 y 60 años, inscritos a un programa de control y seguimiento por un periodo no inferior a un año; para el caso puntual de esta monografía se establecieron como criterios muestrales, el diagnóstico de DM2 o que el primer dictamen hubiera sido éste, teniendo en cuenta el periodo de tiempo en el que fue diagnosticada, hasta el dictamen de HTA.

Finalmente la muestra de esta investigación quedo conformada por un total de doce personas entre 19 y 60 años, cada uno con características físicas, personales, económicas y sociales heterogéneas, pero con dictamen en común.

1.4. Trabajo de campo

El proceso que a continuación se describe, presenta cada uno de los pasos realizados durante toda articulación con la investigación marco antes mencionada; iniciando con la construcción conjunta del instrumento para la recolección de la información y la presentación del proyecto, posteriormente el trabajo de campo y la categorización de las entrevistas realizadas. A partir de este punto se toma toda la información recogida y se selecciona la correspondiente a la población según los criterios de selección de esta investigación, para su posterior análisis.

Como se mencionó anteriormente el proceso de articulación se inicia con la construcción y revisión del instrumento con el que se guiarían las entrevistas⁶, complementándolo con los aportes de cada uno de los integrantes del equipo y los requerimientos de esta investigación. Paralelo a

⁶ Se anexa guía de entrevista.

este proceso se realizaba la presentación del proyecto marco en las diferentes entidades pertenecientes a los regímenes público y privado de la ciudad de Cali, encontrando, posterior a un sin número de reuniones, el apoyo de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud en el Municipio de Santiago de Cali y a nivel privado el aval de una Empresa Promotora de Salud de la misma ciudad.

En inicio se buscó que la población perteneciera al régimen contributivo y subsidiado, con la finalidad que la muestra contara con personas que además de haber sido diagnosticada con DM2 dentro de un periodo no menor de un año, residieran en los diferentes estratos socio-económicos; posterior a esto, se estableció el cronograma para la realización de las entrevistas, proponiendo como metodología realizar estas en dos bloques, iniciando por el régimen subsidiado.

Es así como dando cumplimiento a la programación se empezó el acercamiento a los diferentes hospitales y centros de atención establecidos por las Empresas Sociales del Estado (ESES), presentando el aval del comité técnico científico de las entidades a los encargados de los programas de promoción y prevención, pasando así a la segunda fase del proceso, que varió de un lugar a otro, puesto que cada entidad cuenta con horarios de atención, días de mayor afluencia de público y manejo diferente de la información.

Sin embargo los encargados de los programas de control de la diabetes e hipertensión de la población perteneciente a las cinco entidades, cuenta con un documento de registro manual o en el caso de una de las ESE sistematizada donde se obtuvieron datos básicos del paciente tales como el nombre, edad, cédula, tipo y tiempo del diagnóstico, medicamentos que consume, barrio, estrato, asistencia a control y tipo de entidad - entre otros-, información que parecía suficiente para iniciar el contacto telefónico con las personas. Una vez se hicieron las primeras llamadas se encontró que muchos de los números telefónicos no estaban en servicio o eran errados y/o las personas ya no vivían en ese lugar, además en algunos casos se evidenciaban diagnósticos incompletos, lo que generó que la persona clasificada dentro de la investigación en determinada categoría no cumpliera con las características que se requerían, estableciendo la necesidad de revisar las historias clínicas con el fin de confirmar el diagnóstico y datos de ubicación.

Por lo anterior, se solicitó la confirmación de información por medio de la revisión de historias clínicas. Fue así como cada encargada de los programas estableció un día, horario y lugar para la realización de esta actividad que permitiría encontrar la población requerida, aunque no en su totalidad puesto que dentro de los rangos establecidos eran escasos los hombres y mujeres entre diecisiete y treinta y siete años con estos diagnósticos.

Durante esta etapa se dio inicio a la realización de las entrevistas, que se desarrollaron en tres momentos: fase uno, se dio a conocer formalmente el proyecto y posterior a su lectura se firmó el consentimiento de informado, del cual se les entregó una copia y se procedió a desarrollar la primera entrevista; segunda fase, constó de la lectura y análisis de la primera entrevista con el fin de preparar la segunda y definir qué elementos se deberían profundizar y cuáles faltaron por abordar, finalmente en la tercera fase, se procedió a realizar la segunda entrevista donde se repitió el proceso de revisión y se definió la necesidad de desarrollar o no una tercera entrevista.

Como resultado de las múltiples complicaciones para completar la muestra de la población dentro del régimen subsidiado, se decidió iniciar el proceso con la población del régimen contributivo, trabajando paralelamente con los dos. Por la experiencia previa se solicitaron las bases de datos y revisión de historias clínicas, las cuales estaban todas sistematizadas, lo que en primera instancia hizo el proceso más dispendioso dado que sólo se podría realizar en determinados días y horarios, puesto que se debía contar con la disponibilidad de tiempo de la enfermera jefe encargada del programa. Dentro del proceso se encontró como dificultad el poder establecer el estrato socioeconómico de la persona, pues si bien se contaba con la dirección, en muchos casos no se conocía el barrio, información que sería necesaria, ya

que en el caso del régimen contributivo se buscaba población de nivel socio económico cuatro, cinco y seis con el fin de obtener mayor riqueza en la información.

Etapas que evidenciaron como característica que estar afiliado al régimen contributivo y el estrato socioeconómico al que se pertenece, no es indicador de contar con recursos económicos acordes al lugar donde reside, es por esto que dentro de la investigación marco se vio la necesidad de buscar la población con estas características dentro de otro régimen y/o modalidad.

Iniciando de esta forma nuevamente el proceso de presentación del proyecto, pero esta vez a las empresas de medicina prepagada, gestión que después de muchos meses no arrojó resultados satisfactorios, puesto que la solicitud fue presentada en un momento coyuntural dentro del sistema de salud, debido a que todas las entidades a requerimiento de ellas o de la Súper Intendencia de Salud iniciaban interventoría, pasando a un segundo lugar procesos investigativos como el nuestro.

Durante estos meses se tomaron como opción dos acciones más que consistieron en: hacer solicitud de aval al Servicio Médico de la Universidad del Valle, perteneciente al régimen especial, evidenciando nuevamente que

los usuarios pertenecientes a dicho régimen no coincidían con el estrato socioeconómicos requeridos que era el cuatro, cinco y seis. Como segunda alternativa se utilizó el efecto bola de nieve como método para encontrar las personas faltantes para la muestra, estas deberían contar con medicina pre-pagada, que además durante toda su vida hubieran contado con recursos económicos suficientes, esto con el fin de enriquecer la investigación y sus resultados.

Luego de varios meses de programación y cancelación de entrevistas, de no encontrar direcciones y de múltiples inconvenientes se logró terminar la muestra con un total de ochenta y nueve entrevistas a profundidad, cuarenta y seis voces de las cuales cinco se acogieron a su derecho estipulado en el consentimiento informado⁷ de no completar el proceso, en dos de los casos se evidenció la necesidad de realizar tres sesiones y en las treinta y nueve restantes se logró abarcar en dos entrevistas todo lo establecido dentro de las categorías⁸, dando así finalización al trabajo de campo y continuidad a la categorización; proceso que tuvo una duración aproximada de siete meses, en revisión, verificación con audio de las entrevistas y categorización de las mismas, iniciando dos semanas después de la realización de las primeras entrevistas y la capacitación sobre el software Atlas ti, herramienta para

⁷ Se anexa conocimiento informado.

⁸ Es necesario aclarar que no se incluyeron las entrevistas de pilotaje, ni las correspondientes a los cinco participantes de la investigación que determinaron no seguir el proceso

organizar datos de carácter cualitativo, esta se utilizó durante toda la fase de categorización y parte del análisis con el fin de permitir mayor agilidad, dada la cantidad de información que se previó encontrar.

A partir de este punto, se toma toda la información de la investigación marco y se da inicio a la selección de las personas que cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación. Es así, como la muestra⁹ la conforman diez informantes con diagnóstico de DM2 y dos concomitantes, número que sólo se establece al final del proceso de entrevistas dado que no se conocía el orden en el dictamen.

Con relación a la selección y categorización¹⁰ de la información se parte por tomar veintiún sub-categorías previamente establecidas¹¹, dado que contenía total o parcialmente los datos definidos por las categorías de análisis de esta investigación, a partir de estas se hace una reelección de los contenidos para finalmente realizar el análisis.

⁹ Se anexa cuadro de datos básicos de las personas que participaron en la investigación

¹⁰ Se anexa cuadro de categorías de análisis

¹¹ Se anexa cuadro guía para categorización de la información

Marco contextual

2. MARCO CONTEXTUAL

Como se mencionó anteriormente, esta monografía hace parte de la investigación denominada *“Trayectorias de vida, estilos de vida y enfermedades cardiovasculares en Cali”* desarrollada en el departamento del Valle del Cauca, específicamente en el municipio de Santiago de Cali, considerado el tercero más importante del país, dividido geopolíticamente por 22 comunas y 15 corregimientos (sector rural), con una superficie de (560 Km²) y una población total de 2.177.038 habitantes.

El municipio de Santiago de Cali a nivel de seguridad social al igual que el resto del territorio nacional se encuentra regida por la constitución política colombiana y la ley 100 de 1993, que establece el sistema general de seguridad social en salud conformado por el régimen contributivo dentro del cual prestan los servicios diferentes entidades de carácter privado y el régimen subsidiado conformado por las Empresas Sociales del Estado las cuales son las ESE Centro, ESE Ladera, ESE Oriente, ESE Sur oriente, y la ESE Norte, cada una de ellas tiene una área de acción determinada por la

ubicación geográfica, atendiendo al total de la población del régimen subsidiado¹² y PNA¹³.

Con relación al diagnóstico objeto de esta investigación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que “la diabetes afecta entre un 10 % y 15 % de la población adulta de América Latina y el Caribe y se estima que para 2025 la prevalencia alcance los 65 millones de personas...se caracteriza por su elevada morbilidad y alto riesgo de muerte prematura” (Dávila et.al 2011:2)

A nivel nacional dentro de la normatividad vigente en salud en el territorio colombiano se establecen como evento de interés en salud pública¹⁴ las ECNT y a su vez DM2 mediante el decreto 3518 de 2006 como respuesta a que “las enfermedades crónicas no transmisibles están en el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población

¹² El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

¹³ Hace referencia a la población sin régimen de salud (Pobre no afiliado)

¹⁴ Según el decreto 3518 de 2006 los eventos de Interés en Salud Pública son “aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública” (pág. 3) las cuales consisten en “un conjunto de precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población” (decreto 3518 de 2006pág. 2)

Colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3%” (Decreto 3039 de 2007:25)

De acuerdo con el reporte de estadísticas vitales del DANE, a nivel nacional durante el 2010 se presentaron 4887 caso de mortalidad por DM2, 652 en el departamento del Valle del cauca y 334 en Santiago de Cali; de igual forma en este municipio la DM2 se ubica consecutivamente entre primeras quince causas de mortalidad entre los años 2003 y 2010 con un total de 3285 muertes (Cali en cifras 2011:16) de igual forma a nivel de diagnóstico la Secretaria de Salud Pública Municipal para el 2010 reportaron 39.039 casos de los cuales 16.776 son concomitantes con HTA; en cuanto la edad de diagnóstico, las personas registradas en los programas de control se encuentran en mayor proporción entre 45 y 65 años sin embargo alrededor del 25% son menores de 45 años. Evidenciando así la disminución de la edad de diagnóstico y la importancia de acciones promoción, prevención, vigilancia y tratamiento acordes con las necesidades de la población.

Acercamiento conceptual y teórico

3. ACERCAMIENTO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

El trabajar un tema como la DM2, exige abordar no sólo la perspectiva teórica desde la cual se busca analizar los resultados, si no al igual que todo fenómeno social del cual se pretenda hablar, se requiere conocer sobre esté. A pesar que parte de la descripción e información plasmada este conformado por elementos netamente clínicos, resulta relevante para el desarrollo de los objetivos establecidos, conocer acerca de la enfermedad y su tratamiento, puesto que estos son elementos importantes dentro de la construcción del significado de la enfermedad.

La DM2 es *“un trastorno metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas”* (Gómes, 2006:283) cuando no existe producción de insulina se clasifica como Diabetes Mellitus tipo uno o dependiente de insulina, mientras que en la DM2, objeto de esta investigación se presenta producción de insulina, pero el organismo no responde a esta normalmente ya que la glucosa tiene

menos capacidad para ingresar a las células y cumplir con el suministro de energía, causando la elevación del nivel de azúcar y obligando al páncreas a producir aún más insulina.

Una vez este comportamiento se produce en el organismo requiere de tratamiento para el mismo, constituido por dos partes: uno de carácter farmacológico y otro no farmacológico, el primero consiste en la ingesta de medicamentos orales que puede iniciar con mono-terapia, incluso llegando a combinar hasta tres tipos de hipoglucemiantes que buscan controlar los niveles de azúcar en la sangre de la persona. Cuando este tratamiento no da los resultados requeridos de acuerdo al criterio médico, se puede establecer la necesidad de medicar insulina, bien sea que se requiera la utilización de los dos fármacos o sólo esté último.

Como ya se había mencionado, el tratamiento de la enfermedad no sólo requiere ingesta de medicamentos, sino que también está conformado por un proceso no farmacológico que sugiere cambios en las actividades diarias o los denominados estilos de vida de las personas, estos según Burbano et.al, (2005) están relacionados en cómo la gente se comporta con respecto a la exposición de factores considerados nocivos para la salud de las personas, por su parte Mayas (1992:2) los define *“como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los*

individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”.

Resultando pertinente detenerse un poco en los modos o estilos de vida dado que es uno de los cambios de mayor impacto en la población diagnosticada con DM2, Burbano et.al, (2005:58) plantea estos como los comportamientos que tienen impacto en la salud, los cuales la persona es libre de elegir; sin embargo, estos autores hacen una aclaración respecto al poder de decisión y las clases sociales, ya que cumplir con algunos aspectos se ve limitado en las personas que no poseen recursos económicos suficientes que les permita respaldar esa capacidad de elección. Convirtiéndose los estilos de vida en un número de condiciones que según la OMS, influyen en la salud de cada ser humano, estos son denominados como determinantes sociales, según esta misma entidad, consisten en:

“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas” OMS

Según éste planteamiento la condición de salud no sólo está relacionada con la persona sino de un sin número de elementos contextuales que la condicionan e intervienen dentro del accionar.

En este sentido la identificación de estilos de vida saludables en las personas son determinados por la presencia de factores denominados como protectores, que consisten en llevar una *dieta balanceada*¹⁵, *practicar ejercicio físico*¹⁶ *sistemático, controlar el peso corporal, renunciar al hábito de fumar*¹⁷ *y reducir o eliminar la ingesta de bebidas alcohólicas*¹⁸, los cuales disminuyen el riesgo de padecer éste tipo de enfermedades; de haber sido diagnosticado el cumplimiento de estos no busca la cura sino proporcionar una estabilidad que disminuya el riesgo de complicaciones.

Complicaciones que según Virginia Gonzales, et.al (2008:39), son de carácter micro-vasculares y macro-vasculares, estas incluyen:

¹⁵ “Un plan de alimentación apropiado debe incluir la repartición de comidas pequeñas a través del día para mantener los niveles estables de azúcar en la sangre. Consumir una comida grande solo una o dos veces al día puede causar niveles extremos de azúcar altos o bajos. Además, si el régimen de ejercicios cambia, deben hacerse los cambios correspondientes en la dieta, para mantener el control de peso y para controlar los niveles de azúcar en la sangre” (Rozbaczyl, 2004:107)

¹⁶ La importancia de realizar actividad física está relacionada con “el beneficio de quemar calorías, disminuir el nivel de azúcar en la sangre, mantener las articulaciones flexibles, fortalecer el corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos, ayuda a prevenir problemas cardíacos y a controlar y perder peso...” (Gonzales, 2007:308).

¹⁷ Según Gónzales et al (2007), numerosos estudios científicos han demostrado el efecto dañino que produce el humo del cigarrillo dado que este contiene más de 4.000 sustancias químicas, y 50 de estas son tóxicas entre las más comunes se encuentran la nicotina, Brea o alquitrán, Monóxido de carbono, Amonia, Cianuro, Formol, Acetona, Plomo, todas estas sustancias químicas categorizadas como peligrosas dados los daños que puede causar al organismo.

¹⁸ “Para la persona con diabetes el alcohol puede causar una súbita o drástica disminución de la glucosa sanguínea....puede causar problemas o reacciones secundarios como calor súbito, rubor hormigueo y mareos” (Ibíd,2007:314)

“retinopatía, con potencial ceguera; nefropatía que puede llevar al fallo renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras plantares, amputación o pie de Charcot; determinadas infecciones; alteraciones odontológicas, neuropatía autonómica; y enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica”.

Diagnóstico y complicaciones que de presentarse comprometen directamente la condición de salud de las personas y a muchos los enfrenta a una nueva situación “la enfermedad”, es por esto que en términos de ampliar el panorama relacionado con la DM2 es necesario ahondar sobre la salud-enfermedad, para tal fin se toma el planteamiento dado por Estrada (2006) quien presenta la salud como un proceso social, dentro del cual se destacan dos aspectos esenciales: la salud como bienestar, pensada como la capacidad de funcionar adecuadamente y disfrute de ésta y la relación salud-vida, ya que según el autor *“la salud no es nada sino en relación con la vida”* (Op.cit:208). Acorde a lo anterior, Charry (2010:12) plantea que la salud debe comprenderse *“como una visión integral de la vida, una visión de la realidad en la cual se presenta como básica la relación recíprocas de todos los fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales”*, por lo antes planteado se toma distancia del modelo de lo clínico –biológico que presenta la salud, no como un proceso social sino como un estado individual minimizándolo en muchos casos a la ausencia de enfermedad.

De igual forma Estrada (2006:10), presenta la enfermedad como la *“presencia de un conjunto de signos y síntomas por alteraciones sanguíneas y humorales que sirven para diagnosticar una enfermedad y señalar su pronóstico en el individuo”*. Estas enfermedades pueden tener diferentes clasificaciones, dentro de estas se encuentran incluidas las denominadas como crónicas no transmisibles (ECNT), siendo una serie de enfermedades no causadas por agentes infecciosos y cuyo desarrollo se da progresivamente, dentro de estas se encuentra la DM2.

El ser diagnosticado con una enfermedad catalogada como crónica, genera sentimientos encontrados, que van desde la aceptación, hasta el rechazo de la misma y por ende del tratamiento; la DM2 es un diagnóstico cargado de significados, es así como abordar este tema desde el interaccionismo simbólico permite ampliar el panorama sobre el cómo la realización de un tratamiento que busca el bienestar de las personas, resulta en muchos casos más complejo de lo que aparentemente es, puesto que no se trata de hacer algunas modificaciones en las rutinas diarias, sino un cambio en algunos casos total, del estilo de vida.

En relación con esto, es importante mencionar tres aspectos básicos para entender la enfermedad y la vinculación al tratamiento desde el interaccionismo simbólico:

- El decidir iniciar o no, y dar continuidad al tratamiento implica para la persona construir y reconstruir su realidad desde el momento del diagnóstico, a medida que involucra en ella, nuevos estilos de vida que a nivel clínico se establecen como saludables con el fin de garantizar su bienestar.
- Dependiendo del significado que tenga para la persona la enfermedad y su tratamiento, dará o no importancia al cumplimiento riguroso de este tanto a nivel farmacológico, como no farmacológico.
- El diagnóstico de la enfermedad enmarca una nueva realidad para el individuo, la cual conoce a medida que actúa en ella y apropia lo que le es útil dentro del proceso de cambio.

Estos planteamientos amplían el panorama frente la relación que establecen las personas con el diagnóstico y la construcción de vivencias posteriores al dictamen de DM2, en los contextos que cada uno se encuentra inmerso, siguiendo en algunos casos los requerimientos médicos, ya que el decidir asumirlos o no depende única y exclusivamente del individuo.

Lewis y Smith en Ritzer (1993: 215) plantean que los individuos son actores que aceptan, rechazan, modifican o en cualquier caso definen normas, roles, creencias, etc. de acuerdo con sus intereses personales y planes del

momento, más aun cuando estas se relacionan con una determinada situación o en este caso una enfermedad, que pone en riesgo no sólo la vida sino la calidad de la misma.

Es así como *“el significado que las cosas encierra para el ser humano constituye un elemento central en sí mismo”*, (Blumer, 1982); de ahí que estos sean manipulados y modificados mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona; Según este autor en Lewis y Smith, 1980 los significados no son universales, ni objetivos, estos son de carácter individual y subjetivo en el sentido de que es el receptor quien asigna el valor a las situaciones de acuerdo con el modo en que las interpreta.

En este sentido y de acuerdo con Mead los significados no se deriva de los procesos mentales sino de la interacción humana. De ahí que estas construcciones sean resultado de procesos de interacción con sus entornos antes, durante y posterior al diagnóstico. Por tal razón, es importante entender el significado de la enfermedad, el tratamiento médico y su realización, como un producto social, fruto de las interacciones con los seres humanos y su contexto, que influye directamente en la orientación que se le da a los actos.

Los actores de la investigación

4. LOS ACTORES DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo, busca mediante la presentación de las personas que hicieron posible esta investigación otorgarles un contexto a sus experiencias y significados.

Laura¹⁹

“...ser diagnosticada con diabetes fue un cambio muy drástico, uno lleva una vida normal pero se abstiene de muchas cosas”

Es una joven 19 años, perteneciente al régimen contributivo vive con sus padres y un hermano de ocho años. Estudio en el Sena sistemas, inglés y venta de productos, en la actualidad ayuda en las labores de la casa y expresa no tener antecedentes familiares del diagnóstico

Carmen

“...no es una situación molesta para los demás es molesta para uno”

¹⁹ Los nombres de todos los participantes de esta investigación han sido cambiados para garantizar la reserva de las personas entrevistadas

Procedente de Bogotá, radicada hace 17 años en la ciudad de Cali, vive con su esposo y una hija, durante este periodo de tiempo ha trabajado como Ingeniera de alimentos en una empresa reconocida del sector, expresa que es difícil seguir el tratamiento dado que dentro de sus actividades se encuentra desarrollar nuevos productos por lo que “debe probar todo lo que desarrolla y no puedo dejar de hacerlo”.

Margarita

“...La diabetes y el cáncer son enfermedades similares, uno les tiene terror”

Se reconoce como de raza negra “yo siempre he dicho que soy negra” tiene 43 años, es casada, vive con su esposo y dos hijos, menciona entre sus antecedentes médicos haber tenido diabetes gestacional hace 14 años, en la actualidad está afiliada al régimen Subsidiado, estudio hasta cuarto de bachillerato, en su último trabajo se desempeñó como cocinera “manipulaba cuchillos desde por la mañana... el miedo era cortarme y no sanar”

Sonia

“...a mi casi no me gusta decir que soy diabética, me da pena, me dio tan duro que me enfermé del estrés, no hacía sino llorar, me acomplexé y vivía con temor”

A sus 48 años, vive en Cali con sus cuatro hijos, procedente de Buenaventura, en la actualidad se ocupa del hogar, sus ingresos económicos provienen de una pensión por sustitución, fue diagnosticada hace 15 años

posteriores a la muerte de su esposo, realizó el tratamiento durante tres años con medicamento en presentación comprimida y posteriormente inicio aplicación de insulina.

Lucia

“...la palabra diabetes era signo de muerte”

Nació en el Huila hace 50 años, llegó a Cali a los 19 años junto a su esposo, estudio enfermería y pre-escolar, en la actualidad esta pensionada, vive con uno de sus dos hijos, su pareja y su mamá, menciona conocer el diagnóstico desde la niñez ya que “una tía que sufría de diabetes, la hija tenía que hacerle todo porque quedo ciega totalmente”

Liliana

“...no sé si sea verdad o mentiras, mi mamá dice que a mí me dio diabetes, porque yo tomaba mucha Coca-cola”

Mujer de 56 años, estudio hasta cuarto de primaria, vive con su mamá, una hermana y una sobrina, afiliada al régimen subsidiado y fue diagnosticada hace 7 años.

Sergio

“...como todo buen costeño me gusta mucho rumbear, el trago y me ha tocado bajarle todo eso”

Es un hombre de 46 años, trabaja como Vigilante de Universidad, estudió para Técnico en sistemas vive con su esposa hace 15 años, esta inscrito al sistema de salud dentro del régimen especial menciona no tener antecedentes familiares.

Luis

“...la palabra diabetes para mí no era desconocida ya que mi padre también padece la enfermedad”

En la actualidad trabaja como supervisor de seguridad de una universidad, militar retirado y abogado, tiene 47 años, hace uno fue diagnosticado con DM2, vive sólo, pero sus padre y hermana viven en el primer piso de la misma casa.

Augusto

“...yo no entendía porque tenía diabetes si nunca comía dulce, nadie me explico que al comer varias harinas, eso se convierte en azúcar”

Augusto es un hombre 49 años, durante su juventud fue deportista de alto rendimiento, bachiller, retirado del DAS, ejerció como supervisor de seguridad y pensionado por condición de discapacidad, dos años posteriores al asiente que lo deja en silla fue diagnostican con DM2 “yo venía con una secuela de padecimientos de la salud, entre más visitas al médico, más vainas me van descubriendo” en la actualidad vive con su esposa y dos hijos en el primer piso de la casa materna, menciona tener antecedes familiares por parte del padre.

Horacio

“...la verdad yo creía que la DM2 era algo que no necesitaba tanto cuidado”

Don Horacio tiene 48 años, realizó estudios a nivel técnico, sin antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, fue diagnosticado hace 15 años durante el tratamiento para la tuberculosis, en la actualidad vive con su madre.

Marcos

“...yo pensé que tenía cáncer, cuando asistí al médico y me dijo que era diabetes, me dio tranquilidad pues de los males este era menor”

Ingeniero Civil, de 59 años de edad, casado con dos hijos, en la actualidad vive sólo dado que su esposa por compromisos laborales está radicada en Bogotá; fue diagnosticado hace 36 años atendido por medicina pre-pagada, debido a complicaciones en el diagnóstico fue sometido a trasplante y posteriormente amputación quirúrgica; es pensionado por condición de discapacidad, en la actualidad el tratamiento farmacológico se realiza por medio de la aplicación de insulina.

EVER

“...esa enfermedad no tiene cura esa enfermedades lo matan a uno”

A sus 60 años, don Ever procedente de Tuluá, vive en Cali con su esposa y dos de sus cuatro hijos, realizó estudios a nivel técnico, en su último trabajo se desempeñó como vigilante de empresa privada, se encuentra a la espera recibir la pensión. Fue diagnosticado hace 15 años, afiliado al régimen subsidiado inicio tratamiento farmacológico con comprimidos y en la actualidad se aplica insulina.

Salud enfermedad y significados de la diabetes mellitus dos

5. SALUD, ENFERMEDAD Y SIGNIFICADOS DE LA DIABETES MELLITUS DOS :

El Significado que se la asigna a un diagnóstico tan complejo como la DM2 es el resultado de una construcción, donde toman partido los conocimientos sobre la enfermedad que se han construido en el transcurso de la vida, a través de experiencias cercanas a personas con algún tipo de lazo filial o fraternal e incluso por medio a referencia de terceros, que en su mayoría asignan un carácter negativo a dichas vivencias, como resultado de las complicaciones propias de la enfermedad, evidenciadas principalmente en el compromiso a nivel físico o fisiológico de las personas.

Proceso que conjuga no sólo experiencias previas al diagnóstico sino aquellas vividas dentro y posterior al dictamen médico, generando en los individuos un sin número de sentimientos como miedo, temor, dolor, angustia, pena entre otros, como resultado de la relación entre conocimientos e incertidumbre, consecuencia de la nueva condición.

Situación que se complejiza por la poca información que se tiene sobre la enfermedad, ésta no se relaciona con el no haber escuchado, leído o informado sobre ella, sino con el hecho de que cada ser humano toma y aplica lo que le parece importante y/o relevante para su vida. De igual forma el valor que se le asigne a determinada información está relacionado con el significado de otros aspectos como en este caso específico lo son la salud, la enfermedad y la naturalización de la aparición de diagnósticos como la DM2 en determinada edad, no habiendo cabida en otro período de tiempo, bien sea por temor a está o por las implicaciones que puede tener el considerarse expuesto o vulnerable a determinadas enfermedades, haciendo que las personas tengan que asumir las consecuencias de la omisión o la realización de los cuidados requeridos para disminuir el riesgo.

De tal forma que en muchos de los casos no se toman las precauciones necesarias, no asumiendo así las implicaciones relacionadas con cambios en los estilos de vida de las personas, puesto que influye directa o indirectamente en sus relaciones personales, familiares e incluso en las formas que se utilizan los tiempos libres, colocando en una balanza lo que se puede perder o ganar dentro del proceso, más aún cuando la aparición de esta no se considera como el resultado de un sin número de comportamientos que alteran la condición fisiología del cuerpo humano

independiente de la edad, sino, como ya lo habíamos mencionado, una enfermedad propia de la edad avanzada de los seres humanos.

Sin embargo, al ser las personas diagnosticadas como diabéticas, se hace una ruptura en su vida y específicamente en la forma o estilo de esta, llegando incluso a categorizarla en antes y después del dictamen médico, *“estos discursos describen a la diabetes como una enfermedad que irrita, invade, descontrola por lo que la vida del yo sufre cambios por los cuales nunca más será el mismo yo sano de antes y pasará a vivir en el mundo de la enfermedad con restricciones y control”* (Muñoz, 2003:79), esto como resultado de las diversas implicaciones que genera para cada individuo y su grupo familiar, puesto que en esta etapa la balanza se inclina en muchas ocasiones más hacia el beneficio del organismo a pesar incluso de que sean considerados lentos los resultados y que las medidas tomadas en pro de la salud requieran de un proceso de adaptación en muchas ocasiones largo y molesto.

Proceso en el cual influyen un gran número de elementos donde no se puede determinar una mayor importancia entre unos y otros, dado que son significados que varían desde características individuales, aunque en la mayoría de los casos se encuentran puntos de convergencia, esto no quiere decir que sean más o menos importantes que otros elementos que aparecen

con menor frecuencia, puesto que adquieren un valor significativo para cada individuo y su contexto específico.

Finalmente, lo antes planteado evidencia que la realización parcial o total del tratamiento de la DM2, es el resultado de la conjugación de elementos, situaciones y condiciones de los individuos donde toman un papel importante la construcción de significados, no sólo del diagnóstico y su tratamiento, sino también de elementos constitutivos del ser humano como la salud - enfermedad, igualmente se evidencia la no fragmentación en la vida de los individuos por determinados aspectos o un orden de importancia; sin embargo, para esta investigación en términos metodológicos y con el fin de lograr una mejor comprensión, se realizó el análisis de los hallazgos por medio de seis grandes categorías: salud-enfermedad, conocimientos sobre la enfermedad, hábitos saludables, sentimientos generados por el diagnóstico, motivaciones para el tratamiento y cambios en los estilos de vida, lo que no quiere decir que no se presente interrelación.

5.1 Salud - enfermedad

Dentro de los objetivos específicos a desarrollar se encontraba, indagar el significado que las personas le asignan a la salud y la enfermedad, evidenciando que para los participantes la salud es un estado dado por

ausencia de enfermedad, también como la capacidad física y/o mental de realizar determinadas acciones, relacionando este concepto con términos valorativos como lo “máximo” Lucia 50 años, “lo mejor” Marcos 59 años y “un regalo de Dios” Sonia 48 años. De igual forma la identifican como una condición que permite la satisfacción de distintas necesidades básicas o como un grado de bienestar, tanto a nivel personal como relacional.

Por otro lado, para la totalidad de los participantes el concepto de enfermedad se significa como antónimo de salud; definiéndola como el no contar con la capacidad física y/o mental de realizar determinadas acciones. Así mismo se estableció como consecuencia del no cuidado de la salud a nivel físico y psicológico de las personas. Mostrando de este modo, la correlación directa entre salud y enfermedad, que como lo plantea Estrada (2006) son dos componentes de un mismo proceso, por tal razón no se puede pretender hablar de uno de ellos sin estar en relación con el otro; de ahí que al indagar sobre uno de estos dos como concepto, las personas en su discurso evidenciaran esta relación, indiferente a características individuales como edad, sexo, condición social o régimen de salud al que pertenezca y a pesar de la evolución conceptual que pretende responder a cambios demarcados dentro de espacios temporales y contextuales. La definición sigue siendo compleja, dando como resultado que esta se hace en relación a la posibilidad o la imposibilidad de realizar determinadas acciones,

además de un reconocimiento social y político del cuerpo como fuerza de trabajo.

...es estar bien, es estar uno con todas las fuerzas de poder irse a trabajar, hacer lo que se quiere, que no le duela a uno nada...que uno no se sienta limitado para hacer nada. (Augusto, 49 años)

Es así como las personas participantes de esta investigación al hablar de salud, la relacionan con una condición física, mental y social que a pesar de no ser comprobada médica o científicamente como el adecuado, les permite el desarrollo de su vida en condiciones acordes a las exigencias de su día a día, variando de una persona a otra de acuerdo a la edad, sexo y estilo de vida, generando que *“una persona este relativamente sana cuando, aunque posea algunas dolencias, pueda desempeñarse activamente en sus relaciones laborales y sociales y estará más o menos enferma o mal en la medida en que sus dolencias le impidan participar”* (Bermúdez, 2007:44), convirtiéndose el grado de participación en un medidor de la condición.

En este sentido la *“disposición del sujeto para hacer sus cosas, a la larga, también lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad “normal” que se espera propia del sujeto en un contexto familiar o económica determinado”* (Morales, 1999:23). Relacionando así la salud con la capacidad física y/o mental de realizar las funciones preestablecidas socialmente y el rol que ocupa el individuo en la sociedad.

La salud es un bienestar para mí... que tiene incidencia en todo el entorno de tú vida, con tú salud puedes desarrollar grandes proyectos y contribuir al bienestar de otras personas, uno sin salud uno pierde un alto porcentaje de trascender dentro de la sociedad... (Luis, 47 años)

Trascendiendo de esta forma una condición que se puede establecer como individual a un ámbito familiar o colectivo, puesto que la salud como bienestar, según Estrada (2006) se debe pensar como la capacidad de funcionar adecuadamente, generando una sensación placentera y agradable para el individuo a nivel personal y en relación con su entorno.

De igual forma no sólo se plantea la salud como bienestar, sino que sitúa la enfermedad como antónimo, condicionando del accionar de los individuos y limitando sus acciones, lo que desencadena el no cumplimiento o el cumplimiento parcial de las múltiples actividades que las personas dentro de su vida diaria desempeñan.

...no poder hacer todo lo que uno quiere hacer y que ha hecho, porque cuando no tenía esta enfermedad hacía muchas cosas, era supremamente activa, para mí no se acababa el día a las seis de la tarde, eran las diez de la noche y estaba funcionando...terminaba mi trabajo y venía hacer manualidades a la casa, a ayudarme con una cosa, con la otra, pero ya ahora, no me siento con esas mismas capacidades, entonces uno ya no tiene la misma disponibilidad de salud para hacer todo lo que hacía antes, porque está muy limitado... no poder hacer nada, como pasó ayer, estar enfermo es algo que a uno lo limita mucho, uno quiere hacer las cosas y no las puede hacer, uno se siente muy limitado...(Lucia, 50 años)

Los participantes de esta investigación, establecen la salud como un estado del cuerpo humano, lo que evidencia la gran influencia del modelo médico en relación a la forma de entenderla, por lo tanto la noción de salud como proceso en muchos casos se queda en el campo académico, situación que se evidencia en este estudio, puesto que se refiere a ella como el no padecimiento de algún tipo de síntoma, dolor o enfermedad.

“...tenía decaimiento, me dolía la espalda, era como si anduviera con un bulto en la espalda, ahí yo no quería sino estar durmiendo... volví a la EPS, me mandarme los exámenes de sangre y ya salí con el azúcar alta” Lucía 50 años

El dolor es considerado como una manifestación del cuerpo que indica que algo pasa, que algo no está bien, según Le Bretón (1999:17) *“el dolor señala la afección, la prolonga también hasta el infinito y acaba siendo su propio fin: se transforma en enfermedad”*, siendo este en un inicio, el signo o la señal de alerta, posteriormente parte de la enfermedad y finalmente en muchos casos la consecuencia. De ahí la relación entre dolor y enfermedad, dado que cada uno, o en su efecto los dos, generan en el individuo la imposibilidad de seguir la regularidad de su vida.

Es precisamente en esa búsqueda de la recuperación, no solamente en términos fisiológicos sino en relación con el hacer, donde toma un papel importante la medicación, puesto que al disminuir las molestias se genera una sensación de bienestar que no es de carácter permanente y depende de

la ingesta de algún tipo de sustancia química o incluso natural, permite seguir la rutina de tal forma que pasa a un segundo plano esa condición fisiológica, generando un grado de necesidad y/o dependencia de la medicación constituyéndose en un medio o “la forma de restablecer el equilibrio” (Suárez, 2010:73) del organismo; a pesar que el efecto producido a corto, mediano o largo plazo de la sustancia ingerida no contribuye a la recuperación del órgano o la parte del cuerpo afectada, sino una aparente estabilidad fisiológica en el organismo, no significa contar con una salud optima en el significado estricto de la palabra sino de poder gozar de los beneficios que a esta se le adjudican:

...estar enfermo es cuando no se toma la medicina de pronto puede ser, porque si se toma la medicina está bien y si no se la toma se echa para atrás... (Liliana, 56 años)

Sin embargo la enfermedad en muchos casos también es concebida como el resultado de una serie de acciones realizadas dentro del transcurso de la vida, *“esta enfermedad, es consecuencia de mis malos hábitos”* (Sonia 48 años) que independiente del porqué, van en detrimento de las condiciones del organismo y por ende del individuo. Timio (1976), refiere que el hombre a través de la historia ha tenido la necesidad de adaptarse a ella con el fin de conservar la especie, y es precisamente la falta de adaptación a factores ambientales, naturales o artificiales la que ha generado diversas enfermedades, demostrando la influencia de diferentes factores en la condición de salud- enfermedad de la población, tales como: la actividad

laboral, edad, hábitos alimenticios e higiénicos, condiciones económicas y culturales entre otras.

De igual forma, la enfermedad también es asumida como un etapa que hace parte del proceso evolutivo natural del ser humano, puesto que se *“cree que la edad avanzada es una época de enfermedades e incapacidades y que el hecho no encontrarse bien es natural y forma parte del envejecimiento”* (Crespo et. al, 2003:2) al igual que la enfermedad, este periodo de la vida se asocia con una limitación de actividades a nivel económico y social, sin embargo en muchos casos las condiciones de salud dificultan aún mas esta etapa, dado que imposibilitan la realización de algunas funciones que permiten un determinado grado de independencia.

Es así, como la presencia de la enfermedad establece determinadas acciones como permitidas y no permitidas, siendo las primeras la forma o el medio para alcanzar nuevamente la salud o un nivel de estabilidad que no imposibilite su accionar y las segundas, las acciones que atentan contra ese estado del cuerpo considerado como el adecuado o deseado en términos de posibilidades y oportunidad de vivir plenamente las diferentes etapas del ciclo vital individual y/o familiar.

Finalmente podemos decir que a la salud se significa como un condición beneficiosa para la persona y que a su vez permiten al individuo realizar determinadas actividades, el no contar con la posibilidad de cumplir con éstas funciones, es sinónimo de enfermedad, sin embargo mientras los síntomas y dolencias se puedan controlar o manejar, permitiéndole a las personas seguir el transcurso de su vida, la enfermedad se reduce a un diagnóstico clínico, que si bien tiene implicaciones en términos de cuidados, estos pueden ser mediados o negociados con la finalidad que su accionar no se vea obstaculizado.

5.2 Conocimientos sobre la Diabetes Mellitus tipo II

La presente investigación indagó sobre los conocimientos que las personas tenían antes del diagnóstico y posterior a este, se identificaron diferentes aspectos; el primero fue la información previa al diagnóstico, encontrando que algunos no tenían ningún tipo de información sobre la DM2 y otros sí. El segundo, las personas que referían no tener conocimiento sobre la enfermedad al momento del dictamen médico no contaban con familiares con este diagnóstico, contrario a las personas que señalaban tener algún tipo conocimientos sobre el tema. En el tercero, se estableció que el total de los participantes reconocían haber adquirido posterior al diagnóstico,

conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad, sus consecuencias, los síntomas y las causas del dictamen.

Por lo anterior, se puede decir que antes del diagnóstico las personas mínimamente habían oído sobre la existencia de la enfermedad, de igual forma se reconoce un grado de desinterés para informarse sobre la prevención y el diagnóstico temprano, de igual forma se identificó que los participantes de la investigación relacionan la DM2 como parte de los procesos de envejecimiento normales en el ser humano, imaginario indistinto a la edad, al ser hombre o mujer, escolaridad o la pertenencia a un determinado régimen de salud.

Es así como los conocimientos que se tienen previos al dictamen de un diagnóstico categorizado como prevenible, no sólo se asocian a la enfermedad como tal y a su tratamiento, sino a la prevención de ésta, encontrando un desconocimiento casi que general frente a las causas, consecuencias y síntomas.

Sin embargo, cuando uno o varios de los familiares con los cuales la interacción es permanente, han sido diagnosticados con diabetes, indiferente a su parentesco, se logran evidenciar en mayor medida las implicaciones del

diagnóstico en la vida de las personas, aun más si se ha tomado corresponsabilidad dentro del tratamiento y seguimiento de éste, el escuchar, ver y convivir con personas denominadas diabéticas se generan diversos sentimientos los cuales crean, aunque no en todos los casos, la necesidad de investigar y conocer más a fondo sobre cada una de sus fases y formas de contrarrestarla, bien sea como apoyo para sus familiares o con el fin de tomar medidas necesarias para prevenirla.

...es una enfermedad que se genera por lo hereditario, otros porque no le damos una adecuado manejo a la parte de alimentación, somos exagerados en el dulce, otros por el sedentarismo, entonces pues varias circunstancias, ósea no era para mí desconocida en si la palabra Diabetes. (Luis, 47 años)

Es así como la información que se tiene sobre la DM2, indiferente de la edad, está relacionada con las experiencias vividas a través de familiares, amigos e incluso personas que residen en el mismo sector:

...yo veía ejemplos de personas que les había pasado por lo menos eso de la diabetes, mi vecina muy jovencita que tenia treinta y cinco años cuando perdió la vista y la tuvieron que mandar a diálisis uno ve viendo una niña que era tan sana una muchacha que era tan sana y verla uno pegada a una maquina todo el día. (Lucia 50 años)

Vivencias a las que se les asigna un carácter negativo, dadas las implicaciones que generan el diagnóstico a nivel de compromiso fisiológico y cuidados del organismo en general, siendo más representativos los relacionados con el régimen alimenticio dado que estos hacen parte del

diario vivir:

...hay personas que mueren muy trágicamente, pues ya cuando una persona llega a un estado caótico de aplicarse insulina es porque ya prácticamente no les baja el azúcar, se entra en una situación muy compleja, que no se la desea uno a nadie, pues he visto no en mi familia, pero si en otras personas, que quedan postradas en una cama y empiezan a mostrar demacración, a otros les amputan los pies y eso es muy, muy tenaz. Me tocó pues vivir esa enfermedad a través del diagnóstico de mi papá, entonces uno empieza a comparar, en mi caso con la vecina que le mocharon un pie, eso da terror, a él se le cuidan mucho los pies, la limpieza se le hace muy cuidadosamente en las uñas pues es otro de los problemas que ellos tienen (Luis, 47 años).

De igual forma el tratamiento del diagnóstico exige un régimen que se evidencia a pesar de no hablar de ello, en reuniones familiares, fiestas y/o en la alimentación diaria, dadas las restricciones médicas que están relacionadas con el porcentaje calórico requerido por el organismo dentro de cada comida, dichos requerimientos sobrepasan costumbres y gustos personales, por lo tanto deben ser modificados, al no cumplir con lo establecido dentro del tratamiento. Del mismo modo, el régimen en la medicación se hace evidente, dada la rigurosidad horaria y la conexidad con la ingesta de alimentos. Sin embargo, los medicamentos de presentación comprimida, cual sea su componente son la primera opción dentro del proceso de tratamiento considerado menos invasivo que la aplicación de insulina, siendo esta el último recurso para el tratamiento, estableciéndola como una de las señales de deterioro y de posible compromiso de otros órganos.

Por otro lado, los conocimientos posteriores al diagnóstico que las personas adquieren acerca de la DM2 están relacionados con cuatro aspectos importantes, síntomas, causas, tratamiento y consecuencias, desconociendo casi a nivel general dentro de la población participante de esta investigación la fisiología de la enfermedad. Sin embargo, dentro de la limitada información que tienen las personas, se logra reconocer tres tipos de Diabetes: la diabetes Gestacional, la diabetes Mellitus tipo uno y la tipo dos, en el primer caso se establece que la presencia de esta se da durante el periodo de gestación de la mujer, en el segundo y tercer caso el conocimiento no va más allá la edad de aparición del diagnóstico y el tipo de medicamento utilizado para su tratamiento, desconociendo casi que a nivel general los síntomas; siendo estos precisamente las alteraciones en el organismo que generan cambios en el funcionamiento interno y se convierten a su vez en signos de alarma que indican que algo pasa; en este caso pueden evidenciar la presencia de la enfermedad, deterioro o crisis de la misma; por lo que adquiere un carácter negativo adjudicado no sólo por las molestias o la imposibilidad de realizar las actividades diarias, sino por los miedos que se han construido alrededor del diagnóstico y el proseguir de la enfermedad.

Cabe aclarar, que antes de ser diagnósticos con DM2 lo denominados mareos, la pérdida de peso, las ansias de comer y el ver luces, entre otros síntomas, para muchas de las personas participantes en esta investigación,

eran consideradas molestias a las cuales no se les podía adjudicar una razón específica; sin embargo, cuando se contaba con alguien en la familia o amigo que padeciera la enfermedad, estos síntomas eran reconocidos por estas terceras personas y corroborados posteriormente con el dictamen médico, a partir del cual se empezaban a establecer diferentes factores que influyen o influyeron en el deterioro del organismo, lo que generó como consecuencia ser dictaminados con diabetes.

Es así como se llegan a reconocer la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el exceso de azúcar, como los causantes de la presencia de este diagnóstico, no se contempla el consumo de alcohol y el cigarrillo dentro de estos; cabe aclarar que estos causales, son acciones que clínicamente se establecen como factores de riesgo, que inciden o aumentan la probabilidad de padecer DM2, siendo esta una clasificación técnica no conocida, lo que no quiere decir que las personas desconozcan los daños y consecuencias que estas sustancias hacen al organismo.

De igual forma, se establecen como causas factores económicos, culturales, familiares, entre otros, complejizando la razón del diagnóstico, puesto que se visibilizan de una forma no lineal, o sea no como la simple presencia de determinados factores considerados de riesgo o la suma de los mismos, sino como el resultado de la conjugación de diversos factores antes mencionados.

...las personas de estratos no altos, lo que se come es arroz, huevos, arroz con huevo, arroz con papá y eso es harina, y el arroz lo pone a uno más gordo, la yuca, la papa; sin embargo, hay personas de estrato alto y que no piensan en eso, piensa es en comerse algo dietético, cuidando la línea, pensando no en la salud, ellos cuidan es la línea, no comer grasa para no engordar y hacer mucho ejercicio, ellos tienen más tiempo porque tienen su forma, su modo, sin embargo, el de acá no, uno con un trabajo bien pesado tiene que comer algo bien pesado para aguantar el trabajo, porque con algo bien flojito, a la media hora tiene uno hambre y hay que volver a comer, yo digo que la diabetes le da a las personas de estratos bajos o al afro, porque la mayoría de la gente de estrato bajo son afro, entonces el trabajo de ellos es bien pesado y tienen que comer algo bien fuerte digamos chontaduro, plátano, yuca, papa, arroz, caldo muy poco, ¿si me entiende?, eso para poder resistir el trabajo tan pesado (Sergio, 46 años).

Relacionado de esta manera, los cuidados de la alimentación revelan varios elementos importantes, el primero la posibilidad de acceder a todo tipo de productos alimenticios dada la capacidad adquisitiva de las personas, puesto que se considera que alimentos como frutas, queso y carnes magras tienen un costo elevados que sobrepasan el presupuesto con el que se cuenta, además que el tipo de preparación no da la posibilidad a que la comida “rinda” opción que si da otro tipo de alimentos como las “pepas” (frijoles, lentejas etc.) y carnes duras o las denominadas carnes para sopa. El segundo factor son las actividades que realizan las personas, puesto que según las funciones desarrollas dentro de su vida diaria incluido el trabajo, se establece el gasto calórico requerido, por ende la necesidad de ingerir alimentos ricos en carbohidratos que le permitan al organismo suplir el gasto calórico sin descompensarlo y por último se establecen los cuidados en términos no sólo de ingesta de alimentos sino en realización de actividad física, que corresponden al beneficio del organismo no sólo en términos de la salud sino estéticos, dado que se cuidan factores como el peso y la talla, con

el fin de estar dentro de estándares de belleza establecidos social y culturalmente, reafirmando esto la complejidad del proceso dado que da respuesta a múltiples elementos importantes e incluso vitales para el ser humano.

Por otro lado, la información que se tiene las personas que participaron en esta investigación acerca del tratamiento está relacionada con la realización de controles periódicos dentro de los programas de promoción y prevención en las entidades de salud, recalcando la importancia de la asistencia, el consumo riguroso de los medicamentos y los cambios de hábitos. Dentro de estos, toma gran relevancia para las personas los relacionados con la alimentación donde se establecen como necesidad una dieta balanceada, la disminución de azúcar, las grasas y el aumento o la inclusión de frutas y verduras en la dieta diaria, además se tiene en cuenta otras de las recomendaciones dadas por el personal médico como lo son el no consumo de licor y/o cigarrillo; sin embargo, para muchas personas la no ingesta de bebidas alcohólicas no es requerimiento fácil de cumplir para lo que se plantea el consumo de licor que no contenga azúcar, sin embargo no se pueden exceder en el consumo de este, permitiendo así a la persona cumplir el tratamiento sin cambiar totalmente una práctica importante dentro de su vida.

Así mismo, dentro de la información que se tiene sobre el tratamiento se estableció que las personas reconocen como necesidad la realización de algún tipo de actividad física a pesar que esta sea una de las prácticas menos realizadas o acogidas dentro del proceso, en general se puede decir que el tratamiento está encaminado a un mayor cuidado del organismo desde distintos frentes incluyendo la realización de rutinas de aseo como el corte de uñas dada la posibilidad de pequeñas lesiones que por el diagnóstico podrían afectar gravemente el organismo.

Dentro de los procesos de tratamiento se contemplan la medicina alternativa como una opción para mejorar o estabilizar el organismo, donde se incluyen productos de origen natural procesados en laboratorios reconocidos o de fabricación casera, siendo estos últimos los de mayor frecuencia en su consumo, alternando o incluso llegando a remplazar la medicina alopática:

“yo me tomo los medicamentos pero no con juicio la verdad prefiero tomarme las aguas o los remedios caseros” Lucia 50 años

Situación que se presenta dado se reconoce los remedios caseros como libre de contraindicaciones o de menor daño para el organismo, buscando de este modo no generar afecciones adicionales, dado que se considera que esta enfermedad trae consigo consecuencias, reconociendo principalmente las

relacionadas con algún tipo de daño o lesión para el organismo, tales como la mala circulación de la sangre, las lesiones en la piel especialmente en los pies, las amputaciones parcial o totales de los miembros inferiores, discapacidad física o visual, el deterioro de los órganos blandos, paro cardíaco, coma diabético e Hipertensión.

...las personas diabéticas son propensas al pié diabético, por ejemplo: usted con un zapato que le quede muy apretado, se le hace una ampolla, se le puede infectar y entonces le pueden cortar el dedo o algo así, por cualquier cosita, o cuando se vaya a hacer manicure, se le queda una uña enterrada se le infecte....o un coma diabético como su palabra lo dice es un coma, queda uno casi muerto, porque se le sube mucho el azúcar y uno no está a tiempo y le da como un paro y queda ahí... en estado vegetativo, y si no me cuido, si se me baja mucho el azúcar también me puede dar un paro por la hipoglicemia, por los dos lados, o sea uno no puedo dejar ni que se suba ni que se baje el azúcar...cuando se le sube a uno se le empiezan a dañar los organismos, la vista, los riñones y todo (Laura, 19 años)

Es así, como el reconocimiento de estas complicaciones no evidencia que se conozcan las razones a nivel del funcionamiento del organismo que las generan, sin embargo, si se establece la relación entre los problemas de circulación con las lesiones en los miembros inferiores y la amputación clínicamente denominada como no traumática o quirúrgica.

Finalmente, se puede decir que los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad juegan un papel muy importante dentro del proceso, no sólo de tratamiento, sino a nivel preventivo con relación a las familias o personas con

las cuales se convive, además este influye directamente en el cómo se realiza, pues el no saber sus componentes dificulta aún más el cumplimiento, de igual forma se establece la importancia de conocer los beneficios de la realización rigurosa, como un aliciente que de una forma u otra compensa el esfuerzo realizado.

5.3 De hábitos que afectan la salud a hábitos saludables

Parte del proceso de prevención y tratamiento de la DM2 está compuesto por la práctica de los denominados -técnicamente- como hábitos saludables. Estos hacen referencia a un conjunto de acciones que van encaminadas a favorecer el funcionamiento del organismo. Por tal razón, uno de los objetivos específicos del presente estudio, estuvo dirigido a comprender el significado que las personas tienen sobre la actividad física, alimentación adecuada y el no consumo de alcohol y cigarrillo, encontrando que la mayor referencia se presenta ante este último; siendo la ingesta de bebidas alcohólicas considerada “mala para la salud” , estableciendo una relación entre el consumo, las costumbres familiares y/o la pertenecía a determinados círculos sociales, un factor que puede influir en el deterioro de la economía individual y/o familiar; sin embargo dentro de las personas participantes en la investigación se encontró poca presencia de consumo de

alcohol y cigarrillo y de haberlo consumido, el cambio de hábito no en todos los casos está relacionado con el diagnóstico de la enfermedad.

Con relación al consumo de tabaco, se estableció que al igual que la ingesta de bebidas alcohólicas, es considerado negativo para la salud, generando rechazo y dándole connotaciones como “falta de sentido” y “diversión insana”. Otros consideran esta práctica como normal.

De la misma forma, al indagar sobre alimentación adecuada, se encontró que en algunos casos priman el gusto sobre lo saludable y en otros el consumo de frutas y verduras. En cuanto a la realización de actividad física se encontró poca incorporación de esta práctica en la vida diaria sin embargo se cree que constituye un beneficio para el organismo.

Con relación a lo anterior se puede afirmar que en la práctica las personas participantes dentro de esta investigación, consideran la realización de ejercicio, el ingesta de frutas y verduras y el no consumo de alcohol y cigarrillo acciones como saludables, pero no están relacionadas entre sí como componentes de una gran categoría. Es así como la realización de cada uno de dichos componentes es el resultado de las conductas y comportamientos de los individuos en busca de la satisfacción de sus necesidades, por tal razón los significados que se le asignan, se han

construido y reconstruido a través de sus vidas tomando nuevos valores a partir del diagnóstico.

Entre estos, la actividad física o el deporte, siendo establecido como una serie de acciones que independiente de la edad en la que se practique optimiza el funcionamiento del metabolismo de las personas que lo realizan, sin embargo el fin puede variar de una persona a otra de acuerdo a sus intereses personales, familiares, educativos y/o sociales.

De ahí que en la práctica la realización de actividad física se vea desplazada por las diferentes obligaciones o funciones que los individuos durante el transcurso de su vida adquieren acordes a su ciclo vital, considerando esta como una acción no prioritaria, de acuerdo a Saldarriaga et.al (2010:6)

“los niveles de actividad física cambian durante el ciclo vital por la influencia de los modelos educativos y sociales, medios de comunicación y avances tecnológicos, los cuales, allanan el camino para una vida aparentemente feliz, sin las penosas exigencias del ejercicio, todo esto, en el marco de una postura de bienestar, ligada a intereses de consumo que evalúan resultados en términos de productividad económica, sin el menor reparo de las implicaciones en salud que conlleven”.

De igual forma la mayor parte de las personas participantes en la investigación reconocen que las funciones desempeñadas dentro de sus

lugares de trabajo no han requerido o requieren esfuerzo físico, según Dosil (2008) la evolución industrial ha provocado una involución de la condición física de las personas, puesto que en la mayor parte de los trabajos se fomenta el sedentarismo, reduciendo la actividad física de los individuos como consecuencia de la industrialización y la mecanización de los procesos, del mismo modo plantea que en la actualidad se le da una mayor importancia a la utilización del tiempo en actividades de orden laboral que a las recreativas o deportivas.

Sin embargo, como resultado del conocimiento sobre el diagnóstico e independiente de la edad y actividad económica, la realización de alguna práctica deportiva es considerada una inversión de tiempo, convirtiéndose en una prioridad no sólo porque favorece al organismo, sino que permite salir de la rutina, llegando a modificar incluso horarios a nivel personal y dentro del hogar, los cuales estaban pre-establecidos por muchos años.

Esta prelación que se le otorga, no es sólo por los beneficios obtenidos a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico puesto que este se convierten en un espacio de encuentro con diferentes personas que tienen un gusto o en este caso específico una necesidad en común, permitiendo de esta forma compartir diferentes experiencias las cuales no sólo están relacionadas con su vida en general, si no con lo vivido a partir del

diagnóstico, situación que se convierte doblemente beneficiosa para las personas.

Ese espacio es también para dedicármelo a mí, porque uno además puede compartir con otras personas, se siente bien después de hacer ejercicio, se le despierta el espíritu, se siente uno otra persona, en cambio antes estaba como entumida, no tenía algo por que levantarme y seguir con la misma rutina de cocinar, ya ahora llueva, truene o relampagueé uno sabe que tiene que tiene que ir a los ejercicios... ¿qué no se hizo el almuerzo? más tarde, no importa, ya uno saca tiempo para uno... (Lucia, 50 años).

Finalmente, la actividad física en algunos casos retoma un lugar importante en la vida de las personas dado que les ayuda a no sólo a contrarrestar las posibles consecuencias de la enfermedad, sino los beneficios para el organismo en general.

Otro de los componentes importantes de los estilos de vida saludables, es la alimentación adecuada, que consiste en las practicas alimenticias que tienen las personas, dentro de las cuales podemos establecer dos dimensiones, la primera esta relacionada con aquellos alimentos que se consumen como resultado de costumbres familiares o culturales y la segunda con la ingesta de alimentos que aportan los nutrientes necesarios para un adecuado funcionamiento del organismo.

Al hablar de una adecuada alimentación, está se establece como aquella con la que se obtiene beneficios para el organismo mas allá de la satisfacción del deseo de comer, relacionándola con una preparación libre de grasa, excesos de azúcar, sal y condimentos, prevaleciendo el consumo de frutas y verduras, además de una ingesta balanceada, que consiste en una proporción adecuada de cada tipo de alimentos con relación a los requerimientos del organismo. Incluso llegando a considerar en algunos casos que estilos de alimentación como el vegetariano, pueden ser adecuados para el organismo por que cumplen con todos los requerimientos nutricionales y gustativos.

De igual forma, el comer se concibe como un medio para satisfacer, no sólo la necesidad básica de alimentarse sino un gusto sensitivo, generando en muchos casos primacía de él sobre los requerimientos nutricionales del organismo, a veces no desconocidos.

Sin embargo, al ante-poner las necesidades del organismo sobre el gusto, se presentan dos resultados, el primero donde se consideran que estos se ven a través de un proceso muy lento, siendo no del todo satisfactorio y un segundo donde la pérdida de peso y la mejoría en la condición de salud justifican el tiempo y los sacrificios realizados.

Otro de los hábitos considerados no saludables para la población en general, dadas las múltiples implicaciones que esta práctica conlleva a nivel social, económico, familiar y personal es el consumo de tabaco y alcohol, el cual afecta directamente la condición de salud de las personas dado el detrimento de su organismo y el aumento del riesgo de padecer algunas enfermedades.

...una persona que trabaja toda la semana para irse a tomar aguardiente y la familia aguantando hambre, con tantas situaciones que se ven y el daño que le hace al organismo, porque es que casos hemos visto de muchas cirrosis, de gente que ha muerto por causa del alcohol (Lucía 50 años)

Según Suarez (2010) el consumo de tabaco y alcohol son conductas socialmente aprendidas, con diferencias a nivel individual, familiar, económico, cultural y social; y en el caso específico del alcohol diferentes estudios han evidenciado la influencia de múltiples factores como la migración, la aculturación y la moda entre otros.

Dentro de esta investigación se identificó la relación entre la pertenencia a determinados círculos sociales y el consumo de tabaco y licor, espacios dentro de los cuales estas prácticas son aceptadas y normalizadas, llegando a estar casi implícitas específicamente en el caso de la ingesta de bebidas alcohólicas, permitiendo a las personas no sólo desinhibirse sino también

entablar diferentes tipos de relaciones con más facilidad, siendo en algunos casos considerado como un beneficio para determinado tipo de población.

Acorde a esto, la OMS dice que *“los efectos de intoxicación por alcohol sobre el poder de discernimiento y las inhibiciones sociales también pueden favorecer comportamientos que, en estado de sobriedad, se consideran prohibidos”* (2006:19).

...hace muchos años llegó un momento en que yo dije: “me estoy volviendo alcohólica”, porque me volví la mujer del millón de amigos, entonces salía y la gente me decía venite a mi casa, estamos en un asado y yo bueno listo hagámosle, ¿vamos a tal sitio? Vamos, ¿vamos a Lirios? listo,...parecía un Chocolisto, no era si no el vasito y hágale, entonces, empecé a tener también problemas familiares porque mi marido decía cálmate, cálmate, mis clientes me invitaban a toros, yo ya tenía la bota, me invitaban a donde mis hermanos que son rumberisimos y me iba, entonces yo tenía muchos, muchos grupos sociales... Yo antes decía a mí nadie me invita a salir, y ya decía hijuemadre que no me invite nadie, que no me invite nadie, y la vaina va seguida de un traguito, ¿quieres un Martini? bueno sí, yo te robo, entonces ya era cuestión de que yo bebía jueves, viernes y sábados de a poquitos y de a robaditas estaba metida ya en una vida social que no era para mí... (Carmen, 37 años)

Es así como el consumo de licor no sólo se asocia con determinados tipos de espacios o reuniones sociales sino que trasciende, asignándole una connotación de costumbre familiar y/o regional.

...en mi casa si son full parranderos, entonces si en mi casa hay un bautizo traiga aguardiente jefa, entonces en mi casa el aguardiente es permanente... ósea en mi casa no hay la Virgen del Perpetuo Socorro, si no aguardiente Blanco del Valle... (Carmen, 37 años)

Sin embargo, el no consumo de alcohol no sólo es asociado como una decisión en pro del cuidado de la salud, sino como el resultado de creencias religiosas, según la OMS entre los factores culturales y sociales que generan abstinencia se incluye este.

Por otro lado el consumo de cigarrillo genera en algunas ocasiones desagrado, tanto para las personas que nunca han fumado como para aquellos que han dejado esta práctica; sensación que no solo se presenta con la acción del individuo sino con la de los otros, ya que la exposición involuntaria al humo del tabaco genera rechazo, siendo considerado de igual forma nocivo para la salud y de permitirlo cambiar su condición de no fumador a fumador pasivo.

....a mí el olor del cigarrillo siempre me ha fastidiado... me parece que la personas que fuman no quieren la plata, la queman y además de quemar la plata se hacen un daño a los pulmones, son los que llevaban del bulto siempre, al ciento por ciento (Lucia, 50 años)

Finalmente, podemos decir que lo presentado dentro de este aparte toma gran importancia dado que, se evidencia que dentro del tratamiento de la DM2 no es suficiente la ingesta de medicamentos, sino que se requiere la resignificación de algunas acciones con el fin de poder cambiar hábitos, los cuales en la mayoría de los casos han tenido un lugar importante dentro de su accionar y que a pesar de conocer lo nocivo que podrían ser para la salud

sólo se modifican después de un proceso de priorización entre lo gratificante y lo benéfico para el organismo.

5.4 “El miedo menor es a la muerte”

*Los miedos
son individualmente experimentados,
socialmente contruidos y
culturalmente compartidos.*

REGUILLO (2006:50)

Dentro de esta investigación se realizó una exploración sobre los sentimientos que generó o genera el ser diagnosticado con DM2, tomando importancia lo que se conoce sobre esta enfermedad y la información que suministran en el momento del dictamen el personal de salud con relación al diagnóstico, tratamiento y las consecuencias, igualmente se encontró que, adquieren relevancia las experiencias de terceros y aun más cuando se han evidenciado las dificultades y/o compromisos que trae consigo; permitiendo establecer que en su totalidad las personas que conforman la muestra reconocen que el dictamen les generó algún tipo de sentimiento, algunos la significan como enfermedad terminal, otros niegan su presencia a pesar del diagnóstico clínico.

De igual forma se evidencio que las personas habían experimentado tristeza asociada diferentes razones dentro del proceso, y que el miedo ante las amputaciones, la discapacidad, las complicaciones, la muerte y la forma de ésta, constituye las principales preocupaciones ante el dictamen.

La connotación de enfermedad crónica asignada a la DM2, es una categorización reconocida por los participantes, ocasionando en ellos

“efectos emocionales que aumentan o no la posibilidad de alteraciones fisiológicas del cuerpo y el comportamiento de la enfermedad... Ello es evidente en la sensación de impotencia y temores de muerte que pueden producir los diagnósticos de enfermedades como la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus...” (Charry, 2006:7)

Puesto que su tratamiento es dirigido a controlar y estabilizar el organismo mas no curar, incluso llegándola a comparar con dictámenes como el del VIH y el cáncer, que no en todos los casos es curado, de ahí que

“las personas sientan que el futuro imaginado no será posible porque su fin llegará y que con la enfermedad no será posible modificar su estilo de vida. Así, la diabetes se presenta como una enfermedad cargada de fatalidad enfrentándolos con la idea de muerte y miedo a lo desconocido que los afecta de diversos modos” (Muñoz, 2003:80)

Esto es un cosa jodida con esa enfermedad, eso no tiene cura, son de esas enfermedades que lo matan a uno... uno sabe que hay mucha gente que se ha muerto de eso, que le cortan una pierna, entonces ya uno tiene experiencia (Ever, 60 años).

De ahí que se presente en la persona un conflicto interno, como resultado de la negación del diagnóstico a pesar de lo que evidencian los síntomas, dicen los exámenes y confirma el personal médico, Según Kubler, la negación es una reacción normal y un mecanismo de defensa de las personas al enterarse del diagnóstico, *“funcionado como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante”* (1975: 59). Noticia que en muchos de los casos es inesperada por diferentes razones, primera por ser relacionada en el diagnóstico como una enfermedad propia del adulto mayor, segunda por no haber presentado síntomas premonitorios y tercera contar con un adecuado estado de salud y como cuarta y última, el miedo a la enfermedad.

El miedo según Delumeau, et. al (2002:9), es *“una emoción de choque, a menudo precedida de sorpresa, causada por la toma de conciencia de un peligro inminente o presente”* que se siente ante ser diagnosticado y vivir con DM2, por las complicaciones que trae consigo la enfermedad y las medidas medicas tomadas, con el fin de garantizar la vida de las personas, tales como la amputación parcial o incluso en algunos casos llegando a la desarticulación de las extremidades, posterior a diversas intervenciones quirúrgicas, siendo estas últimas consideradas de alto riesgo, dado a la difícil cicatrización como consecuencia de la enfermedad, influyendo directa o indirectamente en su calidad de vida, según Fernández et.al.(2004), las

amputaciones de los miembros inferiores constituyen una de las complicaciones más temidas por los pacientes, las cuales a nivel clínico son consideradas como no traumáticas, dado que el proceso se realiza en un medio clínico donde las condiciones son controladas, sin embargo a nivel social las implicaciones que tiene la pérdida de una parte del cuerpo y el cambio en la condición de “normalidad” a situación de discapacidad trae consigo una carga emocional, atribuida al significado del cuerpo, la aceptación de sus nuevas condiciones corporales y las implicaciones que conlleva esta condición.

A pesar que *“El miedo es fundamentalmente el miedo a la muerte”* (Delumean, et.al 2002:11), al ser la DM2 una enfermedad degenerativa de carácter silencioso, cuyo avance no sólo depende de cómo se realiza el tratamiento, sino de las condiciones específicas de cada organismo, se vive una constante incertidumbre por cómo será su progreso, aflorando temores no sólo hacia la muerte sino sobre una posible condición de discapacidad, como se mencionó anteriormente.

No, fuera de ser un problema me ha causado hasta trauma,... sobre todo el psicológico... por ejemplo, yo ahora quiero arreglar una llave que se ha dañado, y la misma familia no me deja hacer eso, porque la última vez que la estuve arreglando me enterré un destornillador, se me inflamó la mano, tuve que ir por urgencias, y me duró en desinflamar como quince días, el dolor era tremendo, entonces ahora voy a hacer ese trabajo, que era lo que yo me encargaba en la casa, ahora la familia no

me deja, me dicen: no vas a hacer eso, cuidado con eso, ve que te cortas, entonces... psicológicamente lo van limitando a uno, vas cogiéndole como miedo a las cosas también, en el momento, pienso que me voy a cortar, que me voy a chuzar... entonces, como que lo van preparando psicológicamente con eso a uno, porque ya le están metiendo en la cabeza que ya no puede uno hacer un carajo, o sea se le mete a uno mismo el miedo en la cabeza, porque todo el mundo se lo dice, que voy a lavar el baño por ejemplo, que no, mira que te resbalas, cuidado que te pelas, entonces lo van limitando a uno, como dejándolo en una esquina... (Augusto, 49 años)

Según la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías)²⁰, la discapacidad es considerada una restricción o impedimento para el funcionamiento en una actividad, ocasionada por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano. Del mismo modo los riesgos que representa la enfermedad se convierten en un limitante dadas las repercusiones que tiene para la salud, el caerse, cortarse, o cualquier lección en la piel, ya que los procesos de curación son lentos y en algunos casos no se logran, de ahí que ocasione temor para las personas y familiares la realización de actividades cotidianas, donde utilicen elementos como cuchillos, seguetas, serruchos, desatornilladores etc. Situación que no sólo genera dificultades a nivel personal sino que produce sentimientos de frustración, puesto que se ven limitadas sus acciones y la participación en actividades propias de la vida familiar, olvidando incluso que el “hombre enfermo es un sujeto de funciones socioculturales, una persona integral

²⁰ Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad, Beta-2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. Puede consultarse en: <http://www.who.int/icidadh/index.htm>.

cuya condición biológica es sólo uno de sus componentes” Timio (1979:27), de igual forma estas prohibiciones generan un grado de dependencia para la realización de algunas actividades, lo que no sólo crea malestar sino temor a un aumento progresivo de la necesidad del otro, incluso para la satisfacción de las necesidades básicas, dentro de las que se incluyen las relacionadas con el tratamiento.

Ya tomo la vida normal, no me estresa, anteriormente sí, me decían, te vas a morir y de verdad que me estresaba, casi me daba diarrea a diario; yo sé y soy consciente, ya lo tomé que en cualquier momento, tengo que partir, entonces no me preocupo, la muerte ya para mí no es nada, no le paro bolas, a mí que me digan que tiene esto, que mire que apareció tal cosa, no me asusta.

No me preocupa, la verdad esas cosas, me dan lo mismo... sé que entre más días me va llegando la hora más rápido, no me preocupo, o sea ya no me preocupa nada.

Aprendí a aceptarla, en el momento que uno la aprende a aceptar, disfruta uno más todos los momentos, de pronto en el momento que ya, a uno le dará "cutu-cutu" como dicen, pero es algo que ya no me estresa; que no, que mañana me tocó... listo...(Marcos, 59 años)

Dentro del tratamiento establecido como parte fundamental para la prevención de posibles complicaciones, el requerimiento de formulación de insulina, reafirma o evidencia a muchos la cercanía de la muerte, situación que se ve afianzada cuando hay concomitancia con otros diagnósticos convirtiéndose para las personas en una bomba de tiempo, siendo la Diabetes el diagnóstico que agrava o genera mayores complicaciones. Así la muerte en este caso es vista como un evento que a pesar de hacer parte del

ciclo vital de todo ser humano, puede presentarse más pronto de lo esperado o deseado, sin embargo, dependiendo del nivel de complejidad en el cual se encuentre la enfermedad, el manejo que se le dé a esta y el tiempo de diagnóstico, se termina por aprender no sólo a manejarla sino a verla como natural.

...Doña Sofía, la insulina es el último recurso que usted tiene, cuídese,...este es el último recurso que hay para la Diabetes, cuídese, es bueno que se cuide, porque aparte de la insulina, ya no hay nada más,... (Sonia, 48 años)

Finalmente, no se puede afirmar que se pierda totalmente el miedo, puesto que este nunca desaparece, se transforma a medida que las complicaciones empiezan y lo más temido sucede, el miedo que se vive ya no es a las complicación que se están afrontando, sino hasta qué punto el organismo va resistir la situación, transformando el sentimiento que generaba las complicaciones por un temor a la forma en la que se va a morir, siendo así la aceptación de la enfermedad y la muerte el resultado de un proceso donde se superan algunos temores, frustraciones e incluso, se cambian de prioridades llegando a considerarla como una enfermedad con la cual se puede vivir y aprender a manejar sus complicaciones e implicaciones y aceptar la muerte no como la consecuencia de un determinado diagnóstico, sino como parte del ciclo vital del ser humano.

5.5 Motivaciones para la realización del tratamiento

Con el fin de comprender la relación entre el significado que las personas construyen sobre la enfermedad y la realización del tratamiento, se buscó identificar cuáles son las principales motivaciones para la realización o no de éste, encontrando que el total de las personas, refieren tener algún tipo de motivación para seguir en menor o mayor medida las indicaciones, siendo la familia el principal motivo, seguido de tener o mantener su calidad de vida, en tercer lugar, el temor a las consecuencias del no tratamiento de la enfermedad, curarse, valorar el tiempo de vida, cercanía con Dios, los procesos de aprendizaje dados posterior al diagnóstico y el trato del personal de salud, siendo este un factor importante tanto para la inasistencia como para el cumplimiento mensual de los controles en los centros, puestos de salud o instituciones médicas.

Es así como dadas las múltiples implicaciones que tiene la realización del tratamiento, a nivel no sólo de medicación sino de cambio en el estilo de vida de la persona con relación a sus hábitos, se establece la familia como principal apoyo para el cumplimiento de los lineamientos e indicaciones dadas por el personal médico. Acorde con Romero, et.al (1992) quien plantea que en el caso de las personas con diabetes el apoyo social toma una gran importancia ya que dada la condición y requerimientos para el

tratamiento diario y de por vida, este permite un soporte emocional y/o material.

Puesto que los requerimientos en la mayoría de los casos están relacionados con cambios en el estilo de vida de carácter permanente y contrario a muchos procesos relacionados con la modificación de rutinas y costumbres, este no es gradual, considerándolo en algunos casos brusco, connotación asignada dada todas las implicaciones a nivel personal, económico y familiar, de ahí que se requiera la participación activa de los miembros de ésta, como apoyo para seguir con las nuevas rutinas, a pesar que implique dejar de hacer actividades y consumir alimentos o bebidas alcohólicas que generen algún tipo de satisfacción.

De igual forma Correa y Muriel (2005) dentro de la investigación *“Evaluación de la adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con DM II”* plantean que las redes familiares toman una gran importancia dentro de los tratamientos pero en algunos casos sólo se cuenta con estas en momentos de crisis, por lo que las personas asumen mayor parte de la enfermedad solos. Dentro de los resultados obtenidos se evidenció claramente la importancia de participación de la familia, sin embargo dentro de este estudio se evidenció algún tipo de participación de uno o todos los miembros de esta durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, y no sólo en las crisis.

Muestra de esto, es que algunas familias o en su efecto un integrante de está, asume el papel de ente regulador de las diferentes acciones que se realizan en pro de la condición de salud, del mismo modo en otros casos, aunque en menor proporción se toman las indicaciones médicas especialmente a nivel de alimentación como directrices generales que deben ser realizados por todos los miembros del grupo familiar.

...en este momentico él (esposo) es el que me está ayudando porque era que él no aceptaba de que estaba gordo, entonces si la familia en una cuestión de estas no le ayuda a uno es difícil, yo trato de no comer dulce que es lo que más gusta... (Lucia, 50 años)

Dentro de éste proceso toman importancia acciones como el acompañamiento a los controles, los cambios en la alimentación en todo el grupo familiar, el suministro de la medicación por parte de otro miembro de la familia y el apoyo en la disminución o no consumo de licor y cigarrillo, siendo componentes importantes dentro del tratamiento, puesto que no sólo impulsan a las personas a seguir el régimen necesario para mejorar su condición de salud, sino que a la vez se transforma para ellos en una evidencia de lo importante que son dentro de la familia, dada las acciones que en algunos casos se establecen como sacrificios, sólo con el fin de garantizar el cumplimiento del régimen y con éste su mejoría. Acorde con esto, Muñoz al.et (2003) plantea que:

“para muchos pacientes, el apoyo familiar es un pilar fundamental en el inicio y transcurso de su enfermedad, ya que cuando su familia le entrega amor y comprensión, los ayudan a que crezca esa fuerza interior para seguir adelante con sus vidas”.

...la enfermera me dijo: usted siga viniendo a los controles esté controlándose. La voy a mandar para donde la nutricionista para que le enseñe a comer. Me dijo para que tenía que llevar a alguien, me preguntó que quién quien mercaba en la casa, le dije que mi esposo, entonces me dijo, que tenía que venir con mi esposo, porque él es era quien tenía que aprender a mercar. Yo le dije que no tengo plata para dietas, ella me aclaró que de la misma plata que íbamos podíamos, que se trataba de saber mercar, mirar entre lo que puedo comer y lo que no. Entonces, en una ocasión le dije a mi esposo que me acompañara a una cita, lo estuvimos haciendo, ¡pero es que no crea! la situación económica es muy difícil y por más que uno quiera cuidarse, en las dietas tiene que comer pescado, pollo, carne, que no sé qué, entonces si uno come carnita en el almuerzo, no se la puede comer en la comida, a veces se le dificulta a uno por la situación.

Porque pues por lo menos ellos me... antes traer cosas e que a mí me... una chocolatina que a mí me fascinaba o las tortas y todo eso, pues tratamos de cambiar eso por otras cosas que no me hagan daño y ellos me están recordando a cada rato: mamá no puedo comer tanto de eso, vea que estoy que lo otro, entonces ellos siempre están muy pendientes de mí (Lucia, 50 años).

De igual forma, se encuentra apoyo en el campo de la espiritualidad presentándose una reafirmación en las creencias y enseñanzas adjudicadas a un ser supremo independientemente del nombre que se la asigne o la religión a la que se pertenezca, este no sólo es el medio para encontrar la fortaleza necesaria para la realización del tratamiento, sino también el camino a la sanidad del organismo, siendo este el fin de las dolencias y

molestias ocasionadas por la enfermedad que sólo un ser denominado superior lograría, pues médica y científicamente no existe cura alguna.

...voy a ser sincera, Dios nos lo ha enseñado, que si yo no cuido mi salud, eso es pecado, es cierto el médico tuvo que ver mucho en esto, desde un principio el me dijo tienes que cuidarte, es tu salud,...pero como le digo yo, tampoco le ponía atención... me daba como pereza, pero como yo ya entré en una etapa de espiritualidad, fui entendiendo eso, que Dios me enseña que yo debo tener salud,...gracias a Dios tengo más tranquilidad, tomo las cosas con más en calma, ...a través del estudio de la palabra de Dios, eso me ha enseñado, me ha ayudado a que aprenda que debo cuidarme, que a Dios le gusta que cuidemos nuestro cuerpo, más que todo para la salud, porque a Dios le gusta que tengamos salud, que tengamos vida, que no seamos un pueblo enfermo, lleno de achaques y de enfermedades, ahora si yo este conocimiento lo hubiera tenido antes, yo le garantizo que no hubiera llevado esta vida, esto que yo tengo ahora, esta enfermedad, es consecuencia de mis malos hábitos (Sonia, 48 años).

Otra de las motivaciones encontradas para la realización del tratamiento se relaciona con el temor que se tiene a las consecuencias o degeneración del organismos en cualquier momento del ciclo vital, resultado del proseguir de la enfermedad, dado que los cuidados no garantizan en un cien por ciento que no se vayan a presentar complicaciones, pero el no realizarlos si aumenta el riesgo de la presencia de estas; situación que compromete la calidad de vida y la independencia de los individuos dadas las secuelas o el nivel de discapacidad que se adquiera. De ahí se desprenden temores como el miedo al rechazo y/o depender de la familia dejando de contribuir en sus diferentes formas al desarrollo de esta, pasando a ocupar un rol no activo, considerándose incluso una carga para los miembros del hogar.

... yo no sé de pronto, como vaya a ser mi vejez, ¡si llego! Yo le pido a Dios todos los días que sí me permite llegar a más edad no sea una edad en que caiga en una cama postrada a comerse lo que no ha guardado y a complicarle la vida al que está vivo, porque usted sabe que él que queda en una cama pasa a complicarle la vida automáticamente al que trabaja, al que tiene que entrar y salir y lleva su vida normal... (Margarita, 43 años).

Temor que se acentúa especialmente en la vejez, dado que la expectativa de las personas es llegar a esta etapa en una condición de salud donde se tenga el mayor grado de independencia posible, asimismo otras de las motivaciones para la realización del tratamiento es el temor a ser diagnosticado como Hipertenso, enfermedad relacionada no sólo como una complicación por incumplimiento en el tratamiento de la DM2 sino, como parte del deterioro normal del organismo desarrollado a través de los años, generando mayor compromiso y desmejoramiento de la condición de salud.

...yo estoy aprendiendo aceptar que realmente estoy enferma y me dice que si me operan, si me hacen el baipás yo voy a mejorar, mejor dicho se me va a mejorar la presión, se me va mejorar la diabetes, entonces eso ha hecho que por ejemplo vaya a las terapias en piscina (Lucia, 50 años)

De la misma forma aunque en menor proporción, se presentan casos de concomitancia con enfermedades como la obesidad, siendo considerada clínicamente factor de riesgo en las personas especialmente si han sido diagnosticadas con otros padecimientos como en este caso la DM2, situación que afecta aún más la condición de salud, requiriendo un mayor régimen

alimenticio conformado por interminables dietas y ejercicio, que al no obtener los resultados requeridos por las personas, medicamente se genera como alternativa la realización de otros tratamientos más invasivos, como la cirugía variática con la finalidad de disminución de peso y mejoramiento de la persona intervenida, convirtiéndose esta opción de posible mejoría en una motivación para la realización rigurosa del tratamiento, con el fin de mantener los niveles de azúcar en sangre adecuados y ser intervenidos quirúrgicamente, dado que el realizar este procedimiento no sólo les permitiría la disminución de peso y beneficios en términos estéticos, sino también la reducción de las dolencias generadas por la obesidad y los riesgos de esta, además de un aumento en la expectativa de vida a nivel clínico.

...si uno está interno y las enfermeras son formales entonces se lleva más o más llevadera la enfermedad e incluso pude recuperarse uno más rápido porque viene lo que es el efecto placebo que es efectivo en función pero si uno encuentra una persona déspota y que le importa digamos un comino la gente, entonces lo acaba a uno de rematar (Marcos, 59 años)

De igual forma se puede considerar que dentro del proceso de diagnóstico y tratamiento de la DM2, una de las piezas claves para la realización del tratamiento es la relación médico- paciente y centros de salud, adquiriendo importancia los horarios, la puntualidad, los espacios físicos de las entidad, la forma como el personal médico se dirige al paciente, la terminología usada y la no rotación del personal dado que con este mes a mes se establece un

grado de confianza necesaria en la que personas pueden expresar y buscar respuesta a sus dudas y temores frente a la enfermedad, además de la importancia y el conocimiento por parte de la enfermeras de sus necesidad específica, que de no ser así dificultaría la continuidad del tratamiento.

Finalmente, se puede establecer que las motivaciones para la realización del tratamiento están directamente relacionadas con los sentimientos que la DM2 y las posibles complicaciones generan, el apoyo familiar durante proceso de diagnóstico y tratamiento, la relación construida con el personal clínico y las actividades que se realizan en diario vivir, trascendiendo con ello, los parámetros médicos o clínicos preestablecidos en los centros de salud, demostrando así, la necesidad de la no homogenización de los pacientes y la no generalización de los procesos de tratamiento.

5.6 Cambios en los estilos de vida

Se pudo identificar un variado número de cambios en los estilos de vida realizados por las personas en diferentes aspectos cotidianos, como parte del proceso de tratamiento, estos cambios que según Salazar et.al (2007) se deben a que la DM2 es una enfermedad no curable con la que se debe aprender a vivir. Es este re-aprender el que lleva a un cambio parcial o casi

total de los estilos de vida, encontrando como el más significativo para todos los participantes, las modificaciones parciales/o totales de sus hábitos alimenticios, seguido de los cambios relacionadas con la salud, disminución de peso, disminución visual, la imposibilidad de realizar determinadas funciones que hacían parte de la cotidianidad, estados de ánimo fluctuantes, entre otros. Refiriendo incluir dentro de sus rutinas diarias, la toma y/o auto-aplicación de medicamentos, la disminución o eliminaron el consumo de licor en su vida, la realización de ejercicio en sus actividades diarias y por último, la realización de exámenes en la casa, la asistencia a los servicios de salud, las normas de limpieza e higiene.

Estos resultados concuerdan con lo expresado por Campillo y Fernández (2006) donde plantea que *“la diabetes es una enfermedad crónica que supone en mayor o menor medida un impacto en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento habitual y estilo de vida cotidiano”*. Sin embargo, este autor aclara que *“Dichos cambios suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente, entendida como la percepción personal de un individuo a cerca de situaciones de vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* esta aclaración no se evidencia en los resultados de esta investigación pues, si bien es cierto muchas de las acciones realizadas en pro de la salud generan algún tipo de molestias se

estableció que estas finalmente son consideradas como benéficas puesto que favorecen su condición de salud no sólo a nivel personal sino familiar. Sin embargo, cuando algunas de las acciones de la vida diaria ponen en riesgo la condición de salud de las personas, la opción para ellos y sus familias es la no realización de estas, situación que termina por afectar la calidad de vida de las personas.

Acorde con lo anterior Gonzales, et.al. (2006) plantea que desde el modelo comportamental los pacientes diagnosticados con diabetes que cumplen las recomendaciones médicas están sujetos a dos tipos de consecuencias, la primera de carácter inmediato que pueden ser pequeñas pero adversas y las segundas a largo plazo que son mayores y positivas. Por su parte las personas que no cumplen con el tratamiento médico están sujetas a consecuencias inmediatas y agradables, pero que a largo plazo adquieren un carácter negativo, mayor y adverso. De igual forma estos autores plantean, que el cumplimiento de las recomendaciones no es sencillo dado los diferentes elementos que la comprenden y que a su vez se ven afectados por las interrelaciones de diversos factores personales y ambientales, donde el paciente debe asumir un papel principal.

Se puede decir que dentro de los cambios realizados por la personas participantes de esta investigación se evidenció el cumplimiento y el no

cumplimiento de las recomendaciones médicas con relación a los diferentes aspectos del tratamiento, lo que trajo como resultados cambios en la vida de las personas, dentro de estos el más significativo como se mencionó anteriormente, está relacionado con la alimentación, este no sólo consiste en cambiar los hábitos alimenticios que durante años se han practicado, sino aprender nuevas formas de alimentarse contrariás incluso a costumbres familiares y/o regionales, implicando la inclusión o exclusión de algunos tipos de alimentos, nuevas o diferentes formas de cocción y rigurosidad en los horarios. Situación que se hace más evidente durante períodos de festividades como la navidad, el año nuevo, fiesta del padre o madre, o incluso costumbres familiares como desayunos o almuerzos en determinados días de la semana, fechas donde tradicionalmente se comen alimentos ricos en carbohidratos y combinaciones consideradas inadecuadas dentro del tratamiento por lo que deben evitar o comer parcialmente dadas las implicaciones que tienen para la salud, hallazgos acorde con los resultados presentados por Córdoba (2006) donde las experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familias, muestran el impacto social y cultural que tiene la enfermedad, puesto que representa en algunos casos, cambios en la forma de relacionarse con las otras personas en los diferentes ámbitos que hacen parte de sus vidas.

...hasta en el modo de comer también he cambiado ...porque yo era una persona que consumía demasiado arroz, para mí toda comida era con arroz o si no, no era comida ...si yo podía desayunar con calentao, te desayunaba con calentao, y al rato

podía comer arroz, maduro y que como mi arroz, eso si tengo que comer mi poquito de arroz al almuerzo, porque si no, no me siento bien, pero ya al desayuno yo comer calentados no, y a la hora de la comida de pronto una cucharadita, pero otras veces no lo como...(Margarita, 43 años).

En este orden de ideas la investigación realizada por Córdoba (2006) sobre las experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familias, nos muestra el impacto social y cultural que tiene la enfermedad, puesto que representa en algunos casos, cambios en la forma de relacionarse con las otras personas en los diferentes ámbitos que hacen parte de la vida social y familiar además influye en la economía familiar no sólo por la compra de diferentes alimentos sino la asistencia permanente a controles y chequeos médicos, presentando las costumbres y hábitos alimenticios como un obstáculo para seguir la recomendaciones médicas.

De igual forma, se debe romper el imaginario que las dietas dentro de las cuales se cumple con los requerimientos del organismo son demasiado costosas, tomando un papel importante los procesos de reeducación alimentaria realizada en algunos centros de salud, estos cambios a nivel alimentario no sólo deben cumplir los requerimientos nutricionales sino que deben satisfacer a los demás miembros de la familia, dado que en algunos casos estos se acogen a las dietas establecidas por el personal médico, no sólo como forma de apoyar los procesos de su familiar, sino porque se

reconoce el beneficio para el organismo. Sin embargo este caso no es el común denominador dentro de los tratamientos, así que las personas en muchas ocasiones deben seleccionar que se puede consumir, situación que se replica en sitios públicos entre estos, restaurantes e incluso casinos de universidades y/o empresas.

...los cambios fueron muchos... ahora uno antes de comer tiene que examinar si eso sirve o no sirve, yo clasifico los alimentos, ...simplemente selecciono un poquitico de cada cosa y si me sirven el seco y trae fideos o traen cosas que incremente el porcentaje de harinas pues las rebajo y me como la ensalada y la carne... ya no puedo darme el lujo de ir al palacio del colesterol a meter rellena, meter ese poco de fritos porque sé que eso me perjudica (Luis, 47 años).

Dentro de las modificaciones evidenciadas está la realización de ejercicio, retomando para muchos de los pacientes ese lugar de prioridad que en algún momento de su vida tuvo, desplazando contrario a tiempos pasados las actividades de su cotidianidad, convirtiéndose nuevamente en una prioridad, dado los múltiples beneficios que a este se le adjudica; sin embargo, la no incorporación de esta rutina, se puede relacionar con factores, como la negación de la enfermedad, el nunca haber practicado algún tipo de ejercicio, el no contar con apoyo familiar, e incluso identificar una oferta limitada de espacios para la realización de estos, los cuales se reducen a parques donde la infraestructura es considerada inadecuada y la condición de seguridad mínima.

...fue uno de los grandes cambios que tocó fue prácticamente entrar a vivir nuevamente y para hacer deporte comprarme una bicicleta para irme a trabajar...
(Luis, 47 años)

Otros de los cambios realizados por las personas diagnosticadas con DM2, es la ruptura de la relación entre la participación a fiestas y/o reuniones de cualquier índole y el consumo de licor, dándose en algunos casos la disminución, o cambio en el tipo de bebida por otra que medicamente está permitida sin exceder el consumo e incluso llegando a la eliminación total de este habito, aprendiendo a disfrutar los diferentes espacios sin tener que consumir bebidas alcohólicas siendo remplazadas por agua, jugo o gaseosa light.

...digamos que por el lado de la alimentación uno va aprendiendo, en las bebidas te soy sincera a mí me gusta, no te miento, me gusta mucho el aguardiente peroyo lo he mermado mucho, ya por ahí de pronto si salgo con él (se refiere al esposo), me tomo una copita, pero no como años atrás que yo rumbeaba como buena caleña, mi rumba tenía que ser hasta el otro día, ya no ...entonces el toma su trago y me dice que si me provoca una cerveza águila light, yo le digo si, y me tomo una, dos o tres cervecitas y bailo toda la noche con él, muy bueno y ya.

...mi mamá se queda aterrada porque yo consumía mucho, a mí me gustaba mucho el licor, pero ahora yo no me muero si no me tomo un trago de licor,...en estos días si me he tomado mis traguitos para que va a decir uno que no, por ejemplo el veinticinco de diciembre tomé whisky y ayer en el grupo de mi mamá unos traguitos, pero no como tiempo atrás que tomaba y al otro día me levantaba y seguía tomando sin ningún problema, eso ya no (Margarita, 43 años).

Dentro de este proceso, algunos de los participantes de esta investigación reconocen como una ganancia el haber aprendido a conocer su organismo, sus manifestaciones, cuáles acciones afectan o benefician su funcionamiento.

...ya me siento mejor porque sé que es el causante de cada síntoma y todo y ya lo puedo controlar más rápido (Laura 19 años)

Manifestaciones que no sólo se presentan a nivel físico sino también psicológico, dado los cambios de humor, la sensación de impotencia y la frustración de no poder hacer muchas de las actividades que generaban algún grado de disfrute o satisfacción, incluso llegando a ser una carga para las personas el considerar que los cambios asumidos por la familia son sacrificios los cuales no deben realizar.

Estos cambios se ven reflejados de igual forma en nuevas prioridades posterior al proceso de auto revisión de lo que ha sido la vida hasta ese momento, que se ha hecho o dejado de hacer; en algunos casos por falta de conocimiento se abusa del organismo, dándole prioridad a otras actividades como el trabajo en exceso, inadecuados hábitos alimenticios y recreativos, que si bien favorecen otros aspectos de la vida, van en detrimento del organismo.

Es así como se da un cambio en el accionar de las personas incluso en acciones tan mínimas como la limpieza e higiene para el corte de cabello, depilación de cejas, manicura y pedicura, estableciendo una relación de costo beneficio; relación que se evidencia de igual forma en aspectos propios del tratamiento como la incorporación de rutinas, entre estas la asistencia a los centros de salud, estableciendo un papel más activo dentro en la relación médico-paciente, la toma o aplicación de medicamentos que en el caso de los comprimidos que se realiza a pesar de su mal sabor o sensación de incomodidad al momento de ingerir, para el caso de la auto-aplicación de insulina el proceso es más complejo puesto que requiere que las personas estén dispuesta a aprender hacerlo, puedan vencer en algunos casos el miedo ante este procedimiento y asuman el dolor generado por la inyección y las molestias a nivel cutáneo, posteriores a las continuas y múltiples aplicaciones.

Finalmente, se puede establecer que para las personas cambiar los hábitos, requieren además del compromiso a nivel individual, el familiar, el cual no sólo consiste en el apoyo en la realización de estas nuevas rutinas, sino en las formas de interactuar en los diferentes contextos de los cuales se participa.

Conclusiones

CONCLUSIONES

✓ Los significados que las personas le asignan a una enfermedad como la DM2, son una construcción de carácter complejo, debido a que abarcan múltiples aspectos de sus vidas, elementos personales, familiares e incluso contextuales, conjugación que da como resultado variaciones de una persona a otra. Lo que no quiere decir que no se evidencien aspectos, situaciones o lugares en común. De conformidad con lo anterior toma relevancia el significado que se le asigna a la salud y la enfermedad, en la medida que las personas vean comprometidos aspectos importantes de su vida, cuando las implicaciones de estar enfermos, les representan la imposibilidad de cumplir con sus roles habituales, contrario al hecho de ser diagnosticado sin sufrir en el momento dolencias o padecimientos propios de la enfermedad. Es precisamente en este punto, donde la ingesta o aplicación de medicación tiene una gran importancia, puesto que a pesar que para algunas personas no es fácil de asumir o realizar, finalmente se incorpora dentro de sus rutinas dado los beneficios a corto y largo plazo que estos representan para los individuos.

✓ Con relación a la información y/o conocimientos previos que los entrevistados tienen sobre la Diabetes, se pudo identificar la relación directa entre estos y el tener dentro de su grupo familiar o amigos cercanos a

alguien diagnosticado con la misma, dado que esta relación ha permitido de alguna manera acercarse a una valoración del concepto de la enfermedad. Sin embargo, se puede afirmar que no hubo incidencia con relación a cuidados preventivos; de igual forma el conocer sobre la enfermedad posterior al dictamen está relacionado más con un compromiso personal, puesto que en la mayoría de los casos se reconoció que la información suministrada por los centros de atención en salud es mínima o no sobrepasa las recomendaciones generales sobre la DM2, además de estar en mayor medida relacionada con el campo fisiológico del organismo dejando de un lado la atención relacionada con la salud mental.

✓ Realizar el tratamiento y cumplir con un régimen dispendioso no sólo exige re-aprender hábitos, sino poder reconocer que muchas de las prácticas realizadas durante años (aprendidas incluso desde de la crianza), no favorecieron al organismo y en cambio pudieron ser una de las variables que contribuyeron a ser diagnosticados con DM2; de ahí que el cambiar hábitos por los nuevos establecidos por el personal médico dentro del proceso de tratamiento, generan la opción de una vida que a pesar de tener algunas prohibiciones se puede disfrutar.

✓ Las restricciones que pretenden ayudar a contrarrestar o disminuir las futuras consecuencias del diagnóstico, suelen afectar más a unas personas que a otras, dependiendo de la posición que algunas prácticas tienen en la

vida del sujeto antes al del dictamen, como lo son el consumo de licor, cigarrillo o la ingesta de alimentos altos en grasas y carbohidratos, evidenciando dentro del proceso un constante enfrentamiento entre lo que se establece como adecuado para la salud y lo que socialmente o culturalmente se vive, tomando en muchos casos medidas y nuevas formas de actuar en el mundo para tener cabida dentro de múltiples espacios de índole familiar o social en los cuales se participa. A pesar que clínica o científicamente las personas que tienen hábitos saludables podría decirse están dentro del camino indicado y el resto de la población no, generando que sean ellos los que deban adaptarse en la mayoría de los casos para cumplir con los requerimientos indicados y así favorecer el organismo. De igual forma este proceso no busca establecer quién o quiénes con sus acciones previenen futuras enfermedades sino tomar las medidas necesarias para la realización del tratamiento y la prevención de agudización del diagnóstico.

✓ Se pudo identificar que el ser diagnosticado con una enfermedad como la DM2, generó en todos los participantes de esta investigación algún tipo de sentimiento que se afianza, modifica o transforma de acuerdo al proseguir de la enfermedad, estos están asociados al temor a lo desconocido y al afianzamiento de la incertidumbre, dado que si bien es cierto que la muerte hace parte del ciclo vital de los seres humanos, el cómo se va a morir es incierto y las complicaciones asociadas a la DM2 están relacionadas con el deterioro del organismo y la dependencia de terceros, lo que aumente el

temor, siendo mayor el miedo el cómo va llegar el organismo a su final, que el mismo hecho de morir.

✓ Los cambios totales o parciales en los estilos de vida de las personas diagnosticadas con DM2, se dan no sólo por cumplir con los requerimientos dados por el personal de salud, sino que existe una relación directa entre lo que significa para ellos tener DM2 y la realización de acciones que cumplan con lo establecido dentro del tratamiento, puesto que se logró establecer que el ser diagnosticado con esta enfermedad se convierte en una situación de amenaza eminente a su condición actual y/o futura, pues si bien es cierto que nadie puede predecir que enfermedades se presentarán con el paso de los años, el tener este diagnóstico abre una baraja de posibles complicaciones, que de presentarse no sólo desmejorarían su condición de salud sino que podrían llegar a afectar su calidad de vida.

✓ La principal motivación como fin último, es poder vivir una vida donde se puede ser miembro activo de los diferentes espacios en que se desenvuelvan y sus roles como padre, madre, amigo, hermano o cualquiera que se asuma, no se vean limitados o desplazados por padecimientos o condiciones físicas, que no sólo dificulten la realización de las actividades básicas de su cotidianidad sino que según la mayoría de los participantes de

esta investigación se conviertan en una carga para su familia o quien haga sus veces.

✓ El presente estudio es una muestra de la importancia que tiene el indagar temas que se ubican en un ámbito clínico dado que se les reconoce su lugar dentro de los procesos de salud – enfermedad, lo social, lo cultural y lo económicas, evidenciando la importancia por medio de los saberes, ideas, sentimientos y símbolos de aquellas personas dictaminadas con DM2 a quienes no sólo se les formula algún tipo de fármaco para controlar los síntomas del diagnóstico sino que dentro del proceso de tratamiento se les pide transformar significados, comportamientos, y en la mayoría de los casos sus estilos de vida.

✓ Se pudo establecer que la información que se tiene acerca del tratamiento está relacionada con la realización de controles periódicos dentro de los programas de promoción y prevención en las entidades de salud, recalcando la importancia de la asistencia, el consumo riguroso de los medicamentos y los cambios de hábitos, sin embargo se deja de lado el apoyo psicosocial como parte importante para la salud de las personas, dado que esta enfermedad se vive o concibe como terminal, generando miedos y angustias, además del requerimiento de re-significación de algunas acciones con el fin de poder cambiar hábitos, los cuales en la mayoría de los casos

han tenido un lugar importante dentro de su accionar y que a pesar de conocer lo nocivo que pueden ser para la salud, sólo se modifican después de un proceso de priorización entre lo gratificante y lo benéfico para el organismo. Es por esto que se hace evidente la pertinencia de una atención integral dentro del proceso de tratamiento, donde se incluya como parte fundamental la atención por parte de trabajadores sociales y psicólogos.

✓ Al indagar sobre los miedos que se generan en las personas diagnosticadas con DM2 y como se enfrentan ante el temor constante del cuidado del cuerpo y la amputación de alguna parte de este, se hace evidente la necesidad de investigar sobre el significado del cuerpo y las implicaciones de la corporalidad como una construcción social, que trasciende lo netamente individual y físico.

✓ Teniendo en cuenta que el tratamiento de la DM2, no implica solamente la persona diagnosticada, si no las relaciones que se construyen a nivel familiar y clínico, resulta importante en futuros estudios poder escuchar las voces de las diferentes personas involucrados en el proceso, como es el caso de médicos, enfermeras y familiares, con la finalidad de tener una mirada no lineal de la realidad y así poder desarrollar procesos integrales.

The image features a solid blue background. A white grid is overlaid, consisting of a single vertical line on the right side and a single horizontal line near the bottom. This grid creates a large white rectangular area in the center of the image. In the bottom right corner of this white area, the word "Bibliografía" is written in a bold, black, sans-serif font.

BIBLIOGRAFÍA

Bermúdez, Amparo. (2007) *Cultura: Malestar y bienestar en salud, El Cabuyal (Candelaria)*, Instituto de Educación y Pedagogía, Facultad de Educación, Universidad del Valle, Santiago de Cali.

Burbano, Graciela, et.al. (2005) "Línea de investigación, estilos de vida saludables". En revista Unimar # 38 Universidad Mariana- Colombia.

Blúmer, H. (1982). *Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona.

Cardona, Álvaro. (1995) *Historia, ciencia y salud – enfermedad*. Zeus asesores Ltda. Investigación y asesoría en salud. Medellín. Colombia

Córdoba, Diana, et.al. (2006) *Experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familias*. Revista de especialidades médico-quirúrgicas Volumen12, Núm. 1. pp. 27- 35.

Correa, Patricia y MURIEL, Carolina (2005) Evaluación de la adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo dos. Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Crespo, Graciela et.al. (2003) *Programa Preventivo para mayores "La salud no tiene edad"*, Ayuntamiento de Madrid, Área de Salud y Consumo, Ediciones Díaz de Santos S.A, Madrid -España.

Charry, Maritza. (2010) *Intervención con familias en situación de enfermedad crónica y enfermedad psicosomática*. Unidad de Artes Gráficas Universidad del Valle. Pp. 1-38

Delumeau, Joaquín. (2008) *Psicología de la actividad física y del deporte*, segunda edición. McGraw Hill-Internacional de España. p.p. 425-434.

Departamento Administrativo de Planeación. Cali en cifras 2010. Alcaldía de Santiago de Cali. Diciembre 2010

Jean, Delumeau et.al (2002) *El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural "Miedos de ayer y Hoy"*. Corporación Región, Medellín. Colombia. p.p. 9-24.

Díaz Martha y Córdoba Diana, (2003) *"Identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular presente en los pacientes que ingresan al Hospital San Ignacio"*. en: Colombia

Lecturas Sobre Nutrición ISSN: 0122-5634 ed.: Instituto Nacional de Salud
v.10 fasc.4 p.51 - 58

Dosil, Joaquin. (2008) *Psicología de la actividad física y del deporte*.
McGraw-Hill Interamericana de España.

Estrada, Víctor Mario. (2004) *Salud y planificación social ¿Políticas en contra
de la enfermedad o políticas para la salud?* Editorial Espacio, Buenos aires.

Gonzales, Gladys et. al (2006) *Implementación de un programa de educación
e intervención conductual cognitiva para incrementar la adhesión al
tratamiento en pacientes con diabetes tipo dos*. En: *Psicología de la Salud en
Colombia*. Santafé de Bogotá. Colombia.

Gonzales, Virginia et. al (2007) *Tomando el control de su salud una guía para
el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis,
enfisema y otros problemas crónicos*. Bull Publishing Company, Boulder,
Colorado.

Gómez, César (2006) "Alcohol y diabetes: más evidencias sobre daños para
la salud" *Unidad Asistencial de Drogodependencias de la Coruña* Vol.18
Núm. 3, Págs. 283-284

Kubler, Elizabeth. (1975) *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial
Mandadori, Barcelona.

Le Breton, David. (1999) *Antropología del Dolor*. Editorial Seix Barral, S.A, Barcelona.

Mercado, Francisco y Díaz, Blanca (2010) En el debate diabetes en México - *Vivir y morir de diabetes en México ¿Qué piensan y hacen las personas que la padecen?* Departamento de atención en salud Universidad Autónoma de Xochimilco, México p.p 111- 134.

Morales, Francisco. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*. Editorial Paidós, México.

Muñoz, Luz angélica et.al. (2003) *Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas*. En: Revista de la Escuela de Enfermería, Universidad San Paulo. p.p. 77-84.

Organización Mundial de la Salud. (2006) *Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Segundo informe, Ginebra.

Reyes, Xiomara y Rojas Mabel (1996) Impacto del apoyo familiar en la adhesión al tratamiento del paciente con Diabetes tipo II. Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali.

Ritzer George (1993) "interaccionismo simbólico" en teoría sociológica contemporánea, McGraww-Hil, México.

Rodríguez, Alba Nubia. Interaccionismo Simbólico, Fenomenología y Etnometodología documento preliminar. Universidad del Valle. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano.

Timio, Mario (1976) *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. Editorial Nueva Imagen, México.

Torrades, Sandra (2006) Diabetes Mellitus dos. Una epidemia. En: Revista Ámbito farmacéutico. Divulgación sanitaria Vol. 25 Numero 5. p.p. 96- 101

Salazar, Cristina y Chapaval, Mónica (2007) *Evaluación y tratamiento psicológico de la diabetes Mellitus*. Psicología de la salud.

Saldarriaga et.al (2010) Actividad física y salud cardiovascular: en búsqueda de la relación dosis- respuesta. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 2010; Universidad de Antioquia. Colombia.

Suárez, Nery. (2010) *El consumo y la salud*. Red iberoamericana de mercadotecnia en salud. Cali, Colombia.

Consultas en línea

DANE (2012) Diez primeras causas de defunción, según departamento de residencia. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1048&Itemid=119 Consultado 1 de septiembre de 2012

Fernández, Fidel et.al. (2004) *Incidencia de amputaciones por pie diabético en la provincia Camaguey, Hospital provincial de Camagüey*. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol6_1_05/ang04105.pdf. Consultado: 1 de Enero de 2012.

Mayas, Luz (1992) Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida disponible en línea <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm> Consultado: el 8 de diciembre 2010.

Plan Nacional de Salud Pública. Decreto número 3039 de 2007 <http://www.pasto.gov.co/phocadownload/Genero/Decreto%203039%20de%202007.pdf> Consultado: 1 de Enero de 2012.

Reguillo, Rossana (2006) Los miedos: sus laberintos, sus monstruos, sus conjuros. Una lectura socioantropologica. Revista Etnografías Contemporáneas Volumen 2, Núm. 2 pp. 44-72 URL: http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/c_cie/pdf/n2/REGULLLO.pdf Consultado: 15 de Diciembre de 2012.