

ESCUELA NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E
HISTORIA

INAH

SEP

*DIABETES Y CURSO DE VIDA. TRAYECTORIA DE
PAREJA EN LA EXPERIENCIA DE LA DIABETES EN
HOMBRES Y MUJERES DEL ORIENTE DE LA CD.
DE MÉXICO.*

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN ANTROPOLOGIA FISICA

PRESENTA

JUAN LOPEZ MOLINA

DIRECTOR DE TESIS: Dra. FLORENCIA PEÑA
SAINT MARTIN

México, D.F.

2010

Índice

Introducción	5
Capítulo 1 El problema de investigación	9
1.1 Definición del problema	9
1.2 Objetivos	13
1.3 Estrategia metodológica	15
1.4 Característica de los entrevistados	35
Capítulo 2 La diabetes y sus implicaciones	42
2.1 Aspectos clínicos	42
2.2 Epidemiología de la diabetes	46
2.3 Costos de la enfermedad	47
2.4 Sobre las condicionantes de la enfermedad	49
2.5 Las implicaciones del término estilo de vida	52
Capítulo 3 Estudios antecedentes	60
3.1 Aspectos sociales y culturales de la diabetes	60
3.2 La familia y el padecimiento de la diabetes	67
3.3 La pareja y las enfermedades	72
3.4 Pareja, género y salud	73
Capítulo 4 Las categorías del trabajo	75
4.1 Curso de vida	75
4.2 Las relaciones de pareja	90
4.3 La experiencia de la enfermedad	106
4.4 Salud, enfermedad, muerte y respuesta diferencial de hombres y mujeres	119
Capítulo 5 El perfil de las personas con diabetes	138
Capítulo 6 La trayectoria de las parejas y la diabetes	191
Bibliografía	279

AGRADECIMIENTOS

Refrendo mi convicción en el sentido de que la elaboración de las tareas de cierta envergadura son el resultado del tesón de un equipo de personas que combinan capacidad intelectual y académica con empeño y buena voluntad. Ingredientes sin los cuales no se podría llevar a buen puerto los trabajos. El presente es el mejor ejemplo de lo anterior ya que sin la generosidad de los asesores y lectores, sin cuyas amables observaciones esta tesis no se habría encauzado para tener la actual presentación y desarrollo. Sus observaciones han sido interpretadas e incorporadas. Si aún con estas observaciones el trabajo adolece de algunas limitaciones o problemas estas son atribuibles exclusivamente al autor, quizás producto de la interpretación hecha o por no captar en su justa dimensión las observaciones realizadas por los asesores.

En primer término agradezco la generosidad de la Doctora Florencia Peña Saint Martin quien de manera muy generosa, nunca escatimó sus conocimientos y experiencias para apoyarme; pero su apoyo no se limitó a esos aspectos, fue muy valioso su apoyo en los trances difíciles –extraacadémicos- para salir adelante y presentar el trabajo en su actual nivel. Agradezco también al Doctor. Marco Antonio Cardoso quien, también de manera generosa me permitió la incorporación a su equipo de trabajo y, así participar de los proyectos donde se intercambiaban los conocimientos y las experiencias sobre el manejo de la diabetes. A la Doctora. Elia Nora Arganis agradezco su gran disposición y el interés mostrado hacia el trabajo, fueron de gran aliento y valía sus comentarios desde los momentos de inicio del trabajo de elaboración de la tesis, interés y disposición que continúa hasta el momento. A las Doctoras Martha Rebeca Herrera y Laura Moreno Altamirano quienes no obstante la saturación de sus actividades se dieron el tiempo para leer la tesis y enviar sus comentarios de manera oportuna. A la doctora Norma González González y al Doctor Sergio López quienes también liberando su tiempo y venciendo la distancia enviaron sus comentarios y su dictamen diligentemente.

Es imprescindible también el reconocimiento a mi compañera de trabajo la M.C. Leticia Ferro Flores ya que sin su ayuda hubiera sido muy difícil el ingreso a una clínica y tener a la mano una cantidad suficiente de personas para realizar la encuesta y las posteriores entrevistas.

Debo reconocer también al **Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECYT)** por la beca otorgada para la realización de la tesis durante el año de 2007, en el marco del proyecto *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida* (Fondos Mixtos CONACYT-Estado de México, clave: EDOMEX-2005-C01-29).

Por último quiero agradecer a la vida que, como dice la canción, me ha dado tanto, me ha dado la oportunidad de encontrarme donde estoy, que aún con todos los logros no alcanzados, estos no me deben nublar la vista para poder disfrutar los beneficios que el mundo profesional me brinda y la capacidad de beneficiarme de la calidad de vida que brinda estos niveles de preparación. Tengo una familia maravillosa que le da sostén y sentido a mi existencia, me brinda todo aquello que aspira una persona que busca estabilidad para su realización, lo que soy y mis logros mucho se lo debo a ellos.

A estas alturas debo reconocer que la vida ha sido muy benévola conmigo, de otorgarme lo más granado que tiene, los títulos obtenidos, el reconocimiento implícito y explícito de algunos compañeros profesionales que me estiman. Que a estas alturas de mi existencia pueda gozar de buena salud y pueda levantarme todas las mañanas escuchando el trino de los pájaros y recibir el aire fresco en la cara, y poder decir, ¡estoy vivo!.

Gracias a la vida, que le debo tanto.

Introducción

Las estadísticas ilustran la letalidad de la diabetes. En los últimos años se ha colocado como la primera causa de mortalidad en nuestro país, datos en sí mismos preocupantes por los costos humanos y económicos que esto implica. La diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa, es decir, que transcurre en un proceso largo de deterioro y flagelo lo cual no sólo involucra los pacientes, sino también a sus redes cercanas llámese familia u otra red social por diferentes períodos de tiempo (años, lustros y hasta décadas). Y en este transcurso el padecimiento presenta una variedad grande de complicaciones, así como formas de respuesta tanto de los pacientes como de las personas cercanas que le rodean (frecuentemente familiares).

Identificar entonces la diabetes como un problema de salud pública ilustra una dimensión del problema, pero apenas un aspecto de esta compleja problemática. En este padecimiento confluyen problemas económicos, emocionales, afectivos, de relaciones de solidaridad y apoyo al interior de la familia, etc. Los estudios realizados hasta el momento muestran cursos muy variables de la enfermedad en cada persona, como tampoco existe una respuesta social unívoca frente a la misma.

Para la medicina científica el diagnóstico de la diabetes sin los cuidados indicados es la antesala de múltiples complicaciones los cuales conducirán a mayores deterioros y flagelos que, a la postre llevarán a la muerte de los individuos. Pero los casos observados en la aplicación de la encuesta muestran una variabilidad de expresiones, casos donde ni la adhesión total de las indicaciones médica garantiza el control de los niveles de glucosa, ni su absoluto abandono condena fatalmente a las personas. En esto median, por un lado, las particularidades físicas y biológicas de las personas y, por otro, su condición socioeconómica, cultural, educativa expresados en este concepto denominado estilo de vida, así como las respuestas sociales que incitan y reciben los pacientes.

Entonces no existe un solo y exclusivo camino para enfrentar el problema, se trata más bien de observar y atender la complementariedad de las medidas que van

desde las aportaciones de la medicina científica en sus versiones preventivas y terapéutica. Y, por otro lado, el apoyo social que recibe el enfermo.

El papel del apoyo social a los individuos con una enfermedad no es nuevo, los estudios han demostrado su importancia en el área instrumental y emocional de los enfermos. Se ha visto que los apoyos no son únicamente útiles para sobrellevar el padecimiento, sino como un recurso terapéutico mismo (Mercado, 1995; e la O, 1994; Rodríguez y Guerrero, 1997, Villalobos, 2004) de ahí la importancia del estudio del apoyo social para conocer cómo son, quienes lo proveen, a quienes se proveen, también es importante conocer la calidad de los apoyos, porqué en algunos casos sí se proveen y en otros no.

La pertinencia de este trabajo radica en que se instala en el área de la relación de pareja, tomando en cuenta que se trata de la red social más cercana al paciente y, que inevitablemente, por acción u omisión ésta brinda un tipo de respuesta al padecimiento. Se trata de un área aún no explorada hasta el momento, y aún va más allá para explicar el por qué de determinada respuesta a través del análisis de la trayectoria de la pareja.

El texto se compone de 6 capítulos. En el primero se ilustra el camino desarrollado para conocer los objetivos del estudio, la metodología utilizada y se hace una primera descripción de las parejas entrevistadas. En el segundo capítulo se hace una caracterización de la diabetes tanto en su aspecto clínico como epidemiológico. Se ilustran los costos para la atención de la enfermedad a fin tener una idea de su dimensión económica institucional. Se incorpora una breve discusión sobre los determinantes de la diabetes concretamente sobre la participación de la genética. A continuación se hace un abordaje de las condicionantes sociales y económicos del desencadenamiento de la diabetes, se hace además una revisión del pensamiento subyacente al concepto estilo de vida, concepto muy recurrido para explicar el acaecimiento y agravamiento de la enfermedad.

En el capítulo 3 se lleva a cabo una revisión de los estudios realizados sobre la diabetes desde la perspectiva social relacionados con la temática del presente trabajo: los estudios de la diabetes desde la perspectiva cultural, de la diabetes

relacionados con la dinámica y estructura familiar, los estudios sobre el papel de la pareja conyugal en el desarrollo de otras enfermedades, así como estudios donde se involucra el papel del género.

El capítulo 4 se destina para analizar los principales conceptos y categorías utilizados en el desarrollo del trabajo. En primer término se analiza el curso de vida, un concepto que provee los instrumentos y las categorías que vertebran el análisis objeto de este trabajo, es decir, el análisis de la trayectoria de las relaciones de pareja. Dado que el núcleo del estudio es la relación de pareja, se introduce un apartado sobre la temática que aborda sus principales características, sus motivaciones de unión, los diferentes tipos de uniones y que aportarán un marco para entender el ámbito donde se desenvuelven las parejas entrevistadas. Se aborda también el concepto de la experiencia del padecimiento por tratarse de una categoría importante para explicar la vivencia de la enfermedad, tratando de dilucidar su contenido para tener claro los aspectos de la realidad que se hace mención con la recurrencia de tal concepto. Al tratar la relación de pareja heterosexual saltan a la vista las formas diferenciales tanto en las vivencias como en las respuestas a la problemática de la enfermedad por parte de hombres y mujeres. Por tal razón se incluye un apartado donde se recurre a diversos autores que tratan la diferencia de hombres y mujeres alrededor de las enfermedades, aunque no es la finalidad tratar la temática donde se abunde sobre la perspectiva de género. El capítulo 5 se dedica para analizar los resultados de la primera fase del trabajo de campo, consistente en la aplicación de un cuestionario para captar el perfil de las personas con diabetes entrevistados, en este capítulo se indagan siete aspectos de la vida de estas personas, y a fin de profundizar sobre los aspectos indagados se cruzan estadísticamente algunas variables para conocer con mayor cercanía la situación que viven los pacientes.

El capítulo 6 se dedica a los resultados de la entrevista cualitativa. Se trata del intento por la reconstrucción de las vivencias de las cuatro parejas de entrevistados para determinar la calidad de la relación de la pareja y el tipo de respuesta que cada miembro de esta brinda al problema del padecimiento, a través del análisis de la trayectoria de la relación de la pareja y la calidad

resultante de esta dinámica. Se hace mediante la recuperación de los diálogos, sus visiones y percepciones de la situación que viven. El método mixto permite la integración de los resultados obtenidos mediante la entrevista cualitativa a la luz de los resultados cuantitativos, empeñándose en captar su ubicación en un marco más general y, a la inversa, la información general proporcionada por los resultados de la encuesta colocada en el marco de la información cualitativa, adquiere mayor sentido y concreción con la información de las entrevista. Al final realizo una reflexión sobre las implicaciones del trabajo de investigación y el papel del investigador en la entrevista con personas con determinada problemática como es el padecimiento de la diabetes.

Capítulo 1

El problema de investigación

1.1 Definición del problema

La diabetes es considerada como un problema de salud pública debido a su impacto en la sociedad en cuanto a morbilidad, mortalidad y costos sociales, emocionales y de esfuerzos por su tratamiento y control. En la última década se ha colocado como primera causa de mortalidad en el país, es una enfermedad crónico-degenerativa que prodiga complicaciones y sufrimientos a las personas que la padecen y que, además, afecta la dinámica de sus redes sociales¹. Razones que han impulsado a fijar la atención de los investigadores en el estudio de los diversos aspectos del padecimiento. En primer orden se encuentran los estudios sobre aspectos bio-médicos (Tusié, 2002; Hiriart y Vidaltamayo; 2002). En otro momento se vuelven los ojos hacia sus dimensiones culturales y sociales, también, a partir de la década de los 70 se analiza la asociación entre la filiación étnica y la predisposición a la enfermedad (West, 1974; Ghodes, D. 1993).

Más recientemente, reconociendo la importancia del apoyo social y del impacto del padecimiento en el grupo cercano al enfermo, se inician estudios que vinculan el padecimiento con el grupo familiar (Moreno, 2006; De la O, 1994; Rodríguez y Guerrero, 1997; Arganis, 2004; Villalobos, 2004; Chowell y Pérez, 2005). Algunos estudios analizan los apoyos que se generan alrededor del paciente, otros analizan el impacto en la estructura y dinámica de la familia. Otros autores han encontrado que el apoyo no es unánime, ni uniforme por parte de los miembros

¹ A estos últimos por las necesidades de apoyo para el cumplimiento de las indicaciones médicas y por la devastación que provoca en los enfermos terminales, generando dependencia creciente

del grupo familiar o red social del enfermo. En algún estudio se encontraron diferencias en la intensidad y la calidad del apoyo, según se trate de la pareja del enfermo o de algún miembro más lejano al interior de la familia. A la inversa, es de esperarse que, el impacto y la afectación a los miembros del grupo familiar sean diferenciales según el tipo de relación y la distancia del enfermo con ellos, por ejemplo, la pareja, los hijos, la madre, o algún miembro más lejano dentro del grupo familiar.

Pueden presentarse acciones de apoyo por parte de algún o varios miembros de la familia (Mercado y Cols, 1993); pueden presentarse situaciones de indiferencia frente al padecimiento o de franca agresión por parte del o de los miembros familiares aprovechando la dependencia o vulnerabilidad del enfermo. En otros casos el padecimiento puede utilizarse para obtener ganancias secundarias por parte del enfermo.

Sin duda, entonces, la diabetes por su carácter de enfermedad crónica (prolongada en el tiempo) y degenerativa por sus complicaciones y deterioros provoca problemas a los enfermos y cargas a sus redes sociales.

En esta investigación se trata de analizar la experiencia de la diabetes a la luz de la respuesta brindada en el marco de la relación de pareja, en la consideración de que se trata del núcleo íntimo, base de las interacciones primarias, cuyas acciones positivas o negativas de unos influyen sobre los o las otras y sobre el curso de la enfermedad. Los estudios hasta el momento realizados han analizado la respuesta a la enfermedad considerando únicamente los apoyos brindados por parte de alguno o varios de los miembros de la familia del enfermo. No se han analizado, sin embargo, las respuestas distintas al apoyo y mucho menos la explicación (la

razón o las razones) de tal tipo de respuesta. Este estudio parte del supuesto de la existencia de diferentes tipos de respuesta a la presencia de la enfermedad en la pareja, que no siempre se genera el apoyo, ni todos los diabéticos lo requieren. Además, que las respuestas, cualquiera que sean éstas, frecuentemente tienen antecedentes en momentos previos a la manifestación de la enfermedad, no siempre la aparición de la enfermedad necesariamente conlleva modificaciones en las relaciones. En todo caso, la enfermedad provoca acentuaciones o atenuaciones en los tratos de los miembros de la relación de la pareja entre sí. Aunque no se descarta que la presencia de la enfermedad pueda provocar situaciones nuevas o respuestas distintas al clima prevaleciente en la familia. Todo lo anterior incide en el trato que recibe el enfermo o su pareja y por ende, redundando en la calidad de la relación y en la calidad de vida de sus miembros.

En el estudio sale a relucir cómo vive el o la enferma su padecimiento, cómo impacta a su pareja, cuál es la respuesta de la pareja al problema (considerando que puede ser de apoyo, indiferencia o agresión). Cómo es su calidad de vida como persona con diabetes en relación con el apoyo, la indiferencia o la agresión que recibe de la pareja y cómo es su calidad de vida como compañero o compañera del diabético. Además, como se observa en los hechos y lo muestra la literatura, las acciones o respuestas a la enfermedad y sus consecuencias pasan por el filtro del género, esto es, son diferentes las conductas, acciones, reacciones y roles sociales de los varones que los de las mujeres frente a la enfermedad y por tanto, diferente el impacto en su calidad de vida

Para el análisis del curso que ha seguido la relación de pareja se recurrió al concepto de *trayectorias*, una categoría de la perspectiva metodológica *curso de*

vida que permite analizar el desarrollo y curso que tiene la vida de las personas a lo largo del tiempo participando en una determinada relación. Ha sido un instrumento por antonomasia para el estudio de la familia (Hareven, 1978; Ojeda de la Peña, 1987; Tuirán, 2001) como una alternativa a los estudios funcionalistas que ven a la familia como un bloque monolítico, cuyos cambios tienen movimientos predeterminados y mecanizados. Así, se entiende que el curso que toman las vidas de las personas es producto de una combinación de acciones planeadas y dirigidas, así como de coyunturas personales azarosas y de hechos socioculturales circunstanciales que le dan determinada trayectoria a la vida de la gente (Caballero, 2007). La perspectiva del curso de vida permite observar a la dinámica familiar como el resultado de interrelación de trayectorias de vida de sus miembros (Caballero, 2007). Trayectorias que no siempre son continuas, ni lineales sino que pueden sufrir inflexiones, una situación que puede ser explicada con la categoría de *transiciones*, esto es, las transiciones son los cambios de curso que puede tener una trayectoria a partir de un evento determinado. Por otra parte, la categoría de *vínculos* permite contemplar al grupo en estudio como producto de la interacción, mutuas influencias o puntos de encuentro y desencuentro de las diversas trayectorias de los miembros del grupo. (Aznar, 2000). Se trata, entonces, de superar el riesgo de ver al grupo como la simple suma de trayectorias lineales al que puede conducir el análisis de trayectorias de forma independiente. Los hechos y las acciones, por tanto, no se dan de manera aislada, es producto de la interacción de los miembros del grupo y de las influencias externas al grupo. Se adopta el enfoque de curso de vida, por las herramientas que proporciona para observar la trayectoria particular que la

relación de pareja toma, como una integración resultante de la interacción de aquellas individualidades que pueden vivir o no conjuntamente una transición en el momento del diagnóstico y el curso posterior del padecimiento.

De esta suerte, las preguntas que subyacen al trabajo son: ¿Cómo vive y enfrenta el o la enferma el diagnóstico y/o curso de su padecimiento? ¿Qué tipo de respuesta brinda el o la compañera al problema de su cónyuge? ¿La trayectoria de la relación de pareja influye en el afrontamiento del o de la enferma? ¿La trayectoria de la relación de pareja influye en el tipo de respuesta del o de la cónyuge del o de la enferma? ¿Cómo influye el género en la vivencia y/o experiencia del padecimiento? ¿Cómo influye el género en el rol de ser cónyuge del enfermo o de la enferma? ¿Cómo es la calidad de vida del enfermo o enferma a partir del trato de pareja recibido en el curso de la enfermedad? ¿Cómo es la calidad de vida del o de la cónyuge del enfermo?

1.2 Objetivos

Objetivo general

Relacionar la trayectoria y la calidad de la relación de la pareja en el momento en que uno de sus miembros (hombre o mujer) recibe el diagnóstico y durante el curso (tratamiento y control) de la diabetes.

Objetivos particulares

- ❖ Analizar la trayectoria y la calidad de la relación de pareja y sus transiciones, relacionándolos con las formas de enfrentar y vivir la enfermedad

- ❖ Relacionar la calidad de la relación de la pareja y sus efectos en las formas de enfrentar la enfermedad observando sus repercusiones en la calidad de vida de los cónyuges
- ❖ Analizar cómo afecta la calidad de la relación de la pareja en cada una de las fases y/o etapas de la enfermedad.
- ❖ Observar en qué medida la enfermedad implica una transición en la relación de pareja
- ❖ Detectar el papel de las formas diferenciales que hombres y mujeres viven y afrontan la enfermedad.
- ❖ Identificar la relación entre el género, el padecimiento de la diabetes y la calidad de vida del o de la enferma

En síntesis, se trata de a) analizar las respuestas del(a) enfermo(a) hacia su enfermedad y hacia las acciones de su pareja (esto es, de aceptación, rechazo o indiferencia del apoyo recibido u obtención de ganancias secundarias); b) de analizar el tipo de respuestas de la pareja hacia el (la) enfermo(a) (ya sea de apoyo, indiferencia o agresión); c) aplicación de la categoría de trayectoria de la pareja para conocer las raíces de tales acciones y así comprender el porqué de tales acciones; d) conocer el impacto que tales acciones tienen en el bienestar a nivel emocional (la calidad de vida) de los miembros de la pareja en su calidad de enfermo o pareja del enfermo; e) distinguir la forma diferencial de los impactos en hombres y mujeres.

La hipótesis:

1. Las repuestas que las parejas de las personas con diabetes formulan al problema, son la expresión de una continuidad en la calidad de la relación de pareja, las cuales pueden ser de afecto, solidaridad, apoyo, comunicación o contrariamente, de distanciamiento, insolidario, hostilidad, agresión, que se expresarán en la situación del enfermo impactándolo en diferentes grados, según el nivel de deterioro o disminución física y orgánica o sensibilidad hacia la enfermedad. Hechos y acciones que afectan la capacidad de control de los efectos de la diabetes y sus complicaciones.
2. El tipo de respuesta impacta sobre la calidad de vida del paciente y de su pareja.
3. Los impactos del padecimiento en el enfermo o en su calidad de pareja del enfermo no son iguales para hombres y para mujeres.

1.3 Estrategia metodológica

1.3.1 Sobre el planteamiento metodológico.

En la actualidad existen diversos caminos de la investigación para llegar a su cometido y se habla, ya sea, de la investigación cualitativa, ya de una investigación cuantitativa, y más recientemente de trabajos que recurren a ambas, en una forma de apoyo mutuo, combinación o integración de ambas para generar mejores y más precisos resultados.

¿Pero entonces existen realidades objetivas y subjetivas cada una por su parte y posteriormente el investigador intenta la integración?

Los autores nos recuerdan que la realidad y el conocimiento que busca aproximarse a ella son complejos y se caracterizan en un rico movimiento entre

calidad y cantidad. (Neira, 2001). Es decir, poseen un aspecto cualitativo y uno cuantitativo. Así, cuando el investigador quiere caracterizar o definir esa realidad u objeto se encuentra en el plano de la cualidad. Cuando lo que quiere es conocer su representatividad y sus dimensiones elige el camino de la cuantificación (Neira ; Schwartz y Jacobs, 1984). Por esta razón, el camino conceptual que permite arribar a las metas planteadas por el investigador no es, de inmediato, cualitativo ni cuantitativo. Elegido el aspecto a conocer, se trata de recurrir a las técnicas de aproximación. Dice Neira (2001) que son las técnicas las diferentes, unas utilizan procedimientos extensivos como la encuesta y otras recurren a la entrevista en profundidad. Para Karam y Visoso (2006) la categoría de ciencia no es una cuestión de métodos cuantitativos o cualitativos sino del diseño de una investigación sistemática y meditada, por la recopilación correcta, un análisis contrastado de datos y por la adecuada interpretación y comunicación de los resultados. Pero, "... la discusión de la pertinencia de las técnicas a los objetivos del estudio conlleva otra discusión previa en torno a cómo las diversas técnicas producen versiones sobre el mundo y las posibilidades de integración entre éstas" (Neira, 2001: 4). Interpretando estas ideas, la elección de las técnicas están precedidas del tipo de percepción sobre la realidad a abordar, de esta manera la elección del aspecto cualitativo o cuantitativo de esa realidad obedece a la concepción que se tenga de la misma.

Según los especialistas, se hace una elección a partir de las preguntas a responder, pues la pregunta de investigación ayuda a definir el propósito y contexto de la investigación y a seleccionar el método (Newman y Benz, 1998, citado por Blanco y Pacheco, 2002; Karam y Visoso, 2006). Según Tarrés (2001)

el diseño y ejercicio de la investigación adquiere connotaciones particulares debido a ciertos requisitos derivados de la naturaleza del material con que se construye el dato; esto es, de los supuestos epistemológicos y teóricos que le subyacen. En estos planteamientos se hallan ciertas coincidencias con Karam y Visoso quienes sostienen que las preguntas tienen fundamentos ontológicos, epistemológicos y metodológicos. Ontológicamente la pregunta sería ¿Cuál es la forma y la naturaleza de la realidad y, por tanto, qué es lo que podemos conocer de ella? La pregunta epistemológica, ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido? Por ejemplo, si se trata de una perspectiva objetivista muy propio del positivismo, habla de una realidad objetiva, o bien, se trata de una perspectiva de construcción de la realidad. La pregunta metodológica ¿cómo debe proceder el investigador para conocer lo que persigue? De esta manera sostener la existencia de una realidad objetiva, externa a descubrir se asocia con una investigación de tipo positivista, cuantitativa subrayando la neutralidad del investigador y la toma de distancia con respecto del “objeto” de investigación. La postura de la construcción de la realidad y la toma en cuenta del mundo subjetivo optaría por las técnicas cualitativas.

¿Cuáles son las características específicas de cada una?

Los métodos cuantitativos persiguen la evaluación y medición de las acciones y los acontecimientos alrededor de los grupos de personas a través de su registro, cuantificación y análisis empleando la encuesta y los experimentos controlados, aplicando las estadísticas para procesar la información, introduciendo las variables y por cuya relación se analiza, mide y determina el comportamiento y las dimensiones de la realidad a estudiar. De acuerdo a esto, la principal fortaleza de

los métodos cuantitativos es la repetibilidad de sus mediciones, siendo además la base del razonamiento deductivo (Karam y Visoso, 2006). Se puede afirmar que su objeto son las grandes estructuras y los grupos de población para observar su comportamiento y sus tendencias.

Por lo que toca a los métodos cualitativos. Según González (2001) se trata de una reorientación de la mirada hacia el mundo secundario que ha quedado en las sombras, para captar cómo construye su vida la persona en la vida cotidiana, contrario entonces a la observación de las grandes estructuras o acontecimientos, se trata de observar a las personas de carne y hueso, “de ponerle nombre y apellido a los datos estadísticos” dice González (2001), esto se hace mediante la observación de sus actividades y percepciones de la vida diaria, escuchándolo expresarse en su lenguaje natural, observando el investigador el contexto y con ello tratar de comprender su situación para entender ese mundo (Tarrés, 2001). Schwartz y Jacobs (1984) señalan, por su lado, que se trata de la reconstrucción de la realidad en el sentido de que el investigador trata de captar e interpretar la realidad en su actividad desordenada y tortuosa y aprender a ver desde dentro al mundo de un individuo o grupo.

El procedimiento reconoce la presencia del lenguaje simbólico, visiones subjetivas, representaciones, actitudes y por su intermedio captar los sentidos y significados que las personas imprimen a sus gestos, acciones y palabras (Karam y Visoso, 2006; González, 2001). Agrega Tarrés que todo lo anterior será comprendido sólo en su contexto. Entonces los elementos simbólicos, las motivaciones y las visiones de las personas se desarrollan en un marco más general que es la cultura. Por eso González (2006) refiere elegantemente a la cultura como “...el marco de

comprensión sobre el que se articulan las estructuras subjetivas de la vida cotidiana”. Podemos decir entonces que las manifestaciones del sujeto, por un lado, y la cultura, por el otro, son la materia prima de la metodología cualitativa.

Sobre la complementariedad de ambos procedimientos, actualmente se reconoce que la recurrencia a ambas puede permitir una visión más amplia e integral de la realidad estudiada. La investigación cuantitativa con muestras representativas puede producir datos concretos, fidedignos y confiables, que por lo común pueden ser generalizados a poblaciones más grandes, pero los métodos cuantitativos no proporcionan información sobre el contexto y reflejan una gama limitada de respuestas. Limitaciones cubiertas precisamente por los métodos cualitativos los cuales obtienen datos contextuales ricos, pero en muestras pequeñas (Karam y Visoso, 2006).

De esta consideración se pueden observar al menos tres tipos de complementariedad, a saber:

- a) Los métodos cualitativos pueden proporcionar datos no captados previamente o abundar en aspectos abordados someramente por los procedimientos cuantitativistas.
- b) Los métodos cuantitativos pueden permitir la generalización de los datos cualitativos, o de la información proporcionada por aquella obtener pistas para profundizar sobre la misma mediante la entrevista a profundidad a un número reducido de personas.
- c) Los métodos cualitativos ayudan a interpretar y dar significado a los hallazgos de la investigación con técnicas cuantitativas (Karam y Visoso).

En la combinación de métodos se habla de la triangulación que da cuenta de un proceso complejo de contrastación entre los métodos para aumentar la validez de la información obtenida, pero por lo visto se trata de una integración orgánica que abarque desde el planteamiento del problema, la recolección de la información hasta la formulación de los resultados, es decir, “cada enfoque añada y contribuya al conocimiento al ir construyendo sobre la información derivada desde el otro enfoque” (Newman y Benz, 1998, citado por Blanco y Pacheco, 2002). Según esto, la integración de los métodos no implica simplemente juntar diferentes métodos y hacerlo como una finalidad en sí mismas, más bien esto concierne a la estrategia de investigación utilizada, acorde con el problema planteado.

En suma podemos decir que, la elección de las técnicas y métodos debe obedecer a la concepción de la realidad presente (ontológica, epistemológica, teórica y metodológica), al tipo de aspectos que queremos conocer de esta realidad (sus características cualitativas o sus dimensiones). La adopción de más de una técnica (cualitativa y cuantitativa) puede darse a dos niveles, esto es, la incorporación de una para apoyar la obtención de resultados de la otra ocupando cada una en forma independiente. El otro nivel de complementariedad es aquella donde se habla de la integración, es decir, donde los procedimientos llevan a la contrastación mutua de ambos métodos y los resultados dependen de este tipo de integración, un caso es el de la triangulación.

El ámbito de la salud y la enfermedad admite ambos enfoques, por ejemplo, los estudios de la salud pública han recurrido por antonomasia a las técnicas cuantitativas por sus estudios a amplios grupos de población determinando perfiles, cuantificando riesgos, analizando la distribución de la salud y la

enfermedad en los grandes grupos de población. Pero sobre todo su filiación se debe a la concepción de su objeto de estudio, la salud y la enfermedad concebidos como un fenómeno dado, determinado externamente a los individuos y toca a la ciencia y el científico “descubrir” las expresiones de aquellos problemas y fenómenos en la población. Es decir se fundamenta en los principios de la ciencia positivista y visión individualista de la salud y la enfermedad.

A partir del reconocimiento de la crisis del paradigma científico (González, 2001) y del reconocimiento de la incompatibilidad entre, los reportes de las investigaciones, las acciones y programas a nivel macro, y los resultados reales en la población se han buscado métodos alternativos de información. Por parte de la OPS, por ejemplo, surge la necesidad de entender el porqué del tipo de respuestas brindadas por parte de las personas, o porqué la eficacia o ineficacia a las campañas preventivas a nivel masivo, y empiezan a preguntarse, ¿cómo comprenden y usan los hombres y mujeres la información técnica que reciben para adoptar decisiones críticas que afectan sus vidas y las de sus hijos? (Ulin, et. el.; 2006) De ahí la recurrencia a las técnicas que permiten “oir los datos, escuchar lo que dicen las personas acerca de sus vidas en su propias palabras” (Ulin, et. al. 2006: 5). Entonces se plantea la complementariedad de las técnicas cuantitativa y cualitativa.

La incidencia de los método cualitativos son muy importantes en la atención médica clínica (ámbito por antonomasia de la antropología médica) en la medida que permiten desentrañar a nivel micro las relaciones sociales, la visión y vivencia del problema de la enfermedad en ambos lados del binomio de la atención médica, cómo vive y experimenta el paciente su enfermedad y las motivaciones de

determinada respuesta; o cómo percibe el médico el problema desde su situación como médico institucional o privado, cómo percibe a la persona que atiende, la enfermedad padecida, su responsabilidad frente al problema, etc. La diabetes como problema de salud pública tiene aspectos abordables cuantitativamente, en cuanto sus niveles de incidencia, perfiles, distribución de la enfermedad, etc. sucede otro tanto con el concepto estilo de vida vinculado con los cuidados o excesos que explican el comportamiento de los niveles de glucosa de las personas observado como dato duro en cuanto a cantidades de consumo, grados de adhesión, etc. pero el estilo de vida también guarda una relación estrecha con la cultura en la medida en que se constituye el marco para la comprensión de los hábitos y conductas de las personas frente a su enfermedad. La enfermedad como padecimiento implica distintas percepciones y representaciones de las personas tanto sobre su propia vida, de su entorno, como de las formas de enfrentar el problema. En palabras de González (2006: 8),

El conocimiento de las relaciones y representaciones simbólicas que en torno a la diabetes se desencadenan y maneja al interior de la familia constituyen un valioso referente para conocer y explicar el comportamiento tanto del diabético como de su entorno familiar; respecto al rechazo de las recomendaciones médicas que desde años vienen señalándose para la prevención y el control de la enfermedad, y que parecen haber tenido poco éxito,..."

En este caso, los elementos simbólicos-culturales pueden proporcionar muchas pistas respecto a las conductas y acciones de las personas que padecen diabetes y las de sus familiares y el comportamiento de su enfermedad.

El presente trabajo incluye en su primera parte el resultado de la aplicación de una encuesta a un conjunto de personas para obtener un cierto perfil de las personas que padecen diabetes, en una clínica de la zona oriente del valle de México, que

aún cuando no introduce o recurre a las herramientas sofisticadas de la estadística, sí se hacen conteos y se obtienen porcentajes, procedimiento que recae dentro del campo de las técnicas cuantitativas. Por otro lado se recurre a las técnicas de la investigación cualitativa por la entrevista a un grupo muy reducido de informantes. Se intenta establecer un contacto directo y prolongado, se realiza en el ámbito natural de desenvolvimiento de las personas, es decir, en sus hogares y a partir de ahí se intenta hacer una descripción detallada de las situaciones, eventos interacciones y comportamientos de las personas entrevistadas, haciendo una interpretación de aquellos eventos y acciones. Por sus características el trabajo recae en la tipología que señala el inciso a) indicado más arriba. Es decir, los datos cualitativos proporcionan datos no captados previamente y abunda en aspectos abordados someramente por los procedimientos cuantitativos.

1.3.2. Sobre el diseño de la investigación

1.3.2.1 El trabajo involucró dos técnicas, cuantitativa en su primera parte, mediante la aplicación de una encuesta para trazar un perfil de las personas con diabetes asistentes en el turno vespertino de una clínica del IMSS del oriente de la ciudad. Se trató de la aplicación de un cuestionario semiestructurado a 80 personas con diabetes, 40 hombres y 40 mujeres, sin pretender constituirse en una muestra representativa busca observar tendencias a partir de la exploración de siete variables, a saber:

1. Características socioeconómicas de la persona con diabetes
2. Antecedentes heredo-familiares

3. Diagnóstico y evolución de la enfermedad
4. Percepción de deterioro en su calidad de vida
5. Adhesión a las formas de tratamiento y control
6. Conocimiento sobre la enfermedad
7. Apoyo social percibido por el o la paciente

Con esta información se realiza un conteo simple, se obtienen porcentajes y se elaboran cuadros para ilustrar la situación de los pacientes.

1.3.2.2. La segunda parte del trabajo consta de los resultados de las entrevistas en profundidad a cuatro parejas con un miembro diabético (dos parejas donde el enfermo es el varón y dos donde la enferma es la esposa) Las entrevistas constan de dos fases. En la primera se indagó sobre el clima de la relación de pareja a lo largo de su convivencia

- a) Responsabilidad en la provisión de los satisfactores materiales del hogar
- b) La comunicación
- c) Demostración de cariño y,
- d) Comprensión y apoyo.

La segunda fase se dedicó a indagar el clima y dinámica imperantes en la relación de pareja ya con la presencia de la enfermedad, de ahí la exploración mediante cinco indicadores:

- a) Cómo vive y enfrenta la enfermedad el paciente
- b) Cómo vive y responde la pareja la enfermedad de su cónyuge
- c) Percepción de la comprensión y apoyo por parte del o de la enferma
- d) Cómo es la comunicación actualmente
- e) Cómo es la expresión de cariño

Posteriormente se procede a la reconstrucción del panorama mediante la información de las entrevistas y las observaciones realizadas.

1.3.2.2 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para los participantes de la encuesta fueron:

- a) Que la persona padezca diabetes tipo 2
- b) Que viva con su pareja
- c) Que su pareja no padezca diabetes
- d) Que acepte responder el cuestionario

Los criterios de inclusión para la realización de la entrevista cualitativa son:

- Que sólo un miembro de la pareja elegida padezca la enfermedad de la diabetes
- Que el paciente sea adulto con una antigüedad mínima de 5 años con el padecimiento.
- Que sean casadas o que vivan con su pareja heterosexual con un mínimo de antigüedad de 5 años
- Radiquen en la zona oriente de la zona metropolitana de la Cd. de México
- Acepten responder el cuestionario de la primera fase y en caso de cubrir el perfil deseado que den su consentimiento informado para realizar las entrevistas cualitativas.
- Que su pareja acepte la entrevista cualitativa.
- Que concedan las entrevistas en sus hogares

1.3.3 El trabajo de campo

El primer contacto se realizó con las personas que asisten a la consulta externa en el turno vespertino de una clínica del IMSS ubicada en los límites de la Cd. de México y en el municipio de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. La aplicación de la encuesta, se realizó a lo largo de nueve meses. Del mes de diciembre de 2006 a septiembre de 2007, mediante visitas de dos a tres días semanales a la clínica citada, logrando integrar un grupo de 80 hombres y 80 mujeres con diabetes². Las personas encuestadas fueron captadas ya sea en la sala de espera o a la salida del consultorio. En algunos casos las personas fueron abordadas directamente por el encuestador preguntándoles el motivo de la consulta y, si padecen diabetes, a continuación se les invita a contestar el cuestionario. Pero, en la mayoría de las ocasiones se contó con el apoyo de las mujeres asistentes de cada consultorio, quienes conociendo el expediente de los afiliados canalizaron a las personas requeridas a la aplicación del cuestionario.

Las primeras entrevistas se realizaron en un cubículo cerrado, lo cual brindó privacidad y comodidad a la entrevista (sin ruidos y la gente sentada cómodamente); pero impidió tener contacto con la gente que asiste a la consulta y deambula o se sienta en la sala de espera. La otra parte de la aplicación se realizó en las salas de espera, lo que implicaba abordar a la gente en movimiento y acomodarse en cualquier asiento para la realización de la entrevista, sin privacidad alguna, lo cual, según los temores iniciales cohibiría a las personas en

² Se debe señalar que las visitas se prolongaron para poder igualar el número de varones con un número mínimo de mujeres captadas. Al inicio del trabajo la disponibilidad de varones iba a la par que el de las mujeres, pero conforme se prolongaba este, el número de varones se fue rezagando y creciendo el número de mujeres, alcanzando una relación de 3 (mujeres) a 1 (varón).

sus respuestas. Sin embargo no fue así. Aunque muchas personas mostraban cierto recelo al inicio, algunas trataban de conocer más a fondo sobre el origen de la investigación y destino de la información proporcionada; otras demandaban mayores elementos de identificación del investigador. La mayoría, sin embargo, entrados en el diálogo, tomaban confianza para profundizar en sus explicaciones e ir más allá de las estrictas respuestas requeridas.

Fue interesante moverse por la sala de espera, ya que implicó convivir con la gente que asistía a la consulta, algunos con cordialidad permitían la plática mientras se daba la espera de la llegada de algún paciente con diabetes, otros, con recelo, se apartaban. Sobre todo, conllevó familiarizarse con las asistentes de los consultorios, lo cual permitió enterarme, frecuentemente, sobre la llegada de algún paciente con diabetes.

Una vez terminada la aplicación se analizaba rápidamente los datos, era posible determinar aquéllos que cubrían el perfil para la entrevista cualitativa, para lo cual se les solicitaba un encuentro posterior. La mayoría proporcionó su número telefónico con el fin de confirmar la cita, pero, al parecer, esta aceptación fue al calor del diálogo inicial porque en el momento de la llamada telefónica para fijar la cita, la mayoría desistió. Por parte de las mujeres fue factor fundamental la negativa del esposo a recibir al entrevistador en su domicilio, otros (esposos) aceptaron, condicionando estar presentes en el momento de la entrevista, unas personas más señalaron no encontrarle ningún beneficio práctico instrumental ceder su tiempo. Algunos varones simplemente adujeron falta de tiempo o cansancio después del trabajo.

1.3.2 Las peripecias del trabajo de campo

El acceso a la clínica para tener contacto con las personas con diabetes fue facilitado gracias al apoyo de una médico de la consulta externa en medicina familiar (amiga mía), quien gestionó, de manera informal ante el director de la clínica y las mujeres asistentes de cada consultorio, el contacto con las personas poseedoras del perfil deseado. Ante el primero se requirió solo una presentación de manera verbal, para dar a conocer los objetivos y características del trabajo. Aunque, hay que decirlo, respaldan tales decisiones el prestigio y la confianza de la médica que hizo la recomendación. Así, el director sin mayores requerimientos autorizó, igualmente, de manera verbal, el abordaje a los pacientes y el acceso y utilización de las instalaciones para realizar las entrevistas.³ De parte de las damas asistentes de cada consultorio también medió sólo una presentación verbal de la persona entrevistadora y de la exposición de las características del trabajo para que ellas aceptaran con muy buena disposición canalizar a todas las personas requeridas para la entrevista.

Una de las partes medulares de la investigación fue el acopio de los informantes, dicho técnicamente; pero se trató del contacto y el vínculo con personas dispuestas a brindar información sobre su vida, sus formas de convivencia, que proporcionaron información que consideran valiosa, íntima o, en todo caso, quizás no digna de contarse, por tratarse de sus enfermedades. El primer gran problema fue, entonces, el acceso a las personas, cómo tener contacto con un número suficiente de pacientes con el perfil requerido, enseguida, que le reconozcan al

³ Mencionarlo de esta manera tiene la intención de reconocer las facilidades brindadas por parte del director de la clínica, quien abrió las puertas de la clínica para la realización del trabajo.

entrevistador la autoridad para interrogarlos, brindándole su confianza para darle acceso a su hogar y a las respuestas requeridas.

A continuación algunas de las experiencias recogidas de investigaciones previas.

Mercado (1996) logró el contacto a partir de la cobertura de un centro de salud de un barrio popular de la ciudad de Guadalajara, accediendo a la información sistematizada del mismo para seleccionar a las personas con el padecimiento y auxiliándose con sus médicos tratantes para convocarlos y presentar su proyecto. Su objetivo fue el estudio de la experiencia del padecimiento y refiere haberse basado en la descripción de los sujetos sobre su padecimiento mediante entrevistas no estructuradas y semiestructuradas domiciliarias, la consulta médica complementada con la revisión de los expedientes clínicos. Para lograr la aceptación de las personas refiere haberse presentado como médico, antes que científico social. Cardoso (2002) estableció comunicación con los pacientes en la clínica Multidisciplinaria Tamaulipas dependiente de la FES Zaragoza, UNAM, en el marco del programa DUPAM (Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria) que capta a las personas diabéticas de los alrededores de la clínica para brindarles atención integral (médica, odontológica y psicológica) y educación para el control de los niveles de glucemia. Realizó entrevistas a profundidad y observó la consulta médica en la práctica privada, lográndolo a través de la anuencia de un médico conocido, quien se encargó de incorporar a otros médicos después de conocer los objetivos de la investigación. Arganis (2004) accedió al personal de estudio por medio de los datos de los enfermos obtenidos en sus clínicas de atención, una clínica del IMSS y un centro de salud dependiente de la Ssa. Debido a su profesión, ajena a la profesión médica, señala

haber encontrado dificultades para acceder al personal directivo de las instituciones, a los archivos de las clínicas acudidas, situación que le complicó las entrevistas subsecuentes con algunas de las personas contactadas, quienes no encontraron utilidad práctica ni beneficios a cambio de la información y tiempo cedidos. Tanto Rodríguez y Guerrero (1997), Garza, et. al. (2003) y Gaytán y García (2006) aplicaron cuestionarios a las personas diabéticas bajo la cobertura de las instituciones de atención (IMSS) siendo ellos médicos de las mismas clínicas, por lo cual se hallan investidos de cierta autoridad, lo que les da acceso y reconocimiento de los derechohabientes. Torres (2004) aplicó un censo en un barrio previamente elegido para detectar y ubicar a las personas con diabetes. Con esta información procedió a visitar a las personas elegidas para exponerles los objetivos de su estudio y solicitar su consentimiento para las posteriores entrevistas. Señala que la mayoría aceptó participar. Moreno, (2006) entrevistó a enfermos hospitalizados y ambulantes atendidos en un hospital del ISSSTE, tuvo contacto con ambos grupos por intermedio del jefe de servicio de medicina interna del mismo hospital, quien también le contactó con los médicos del servicio, permitiéndole, además, el acceso a las diferentes áreas requeridas del hospital. Ella es médica de profesión original, condición que debió contar para obtener las facilidades del personal del hospital.

De esta manera, contar con los informantes para el trabajo de la investigación, quienes proporcionarán la información requerida no es un asunto menor. Primero buscar el contacto con el número suficiente de personas y con las características requeridas, enseguida contar con su confianza y adhesión para proporcionar la información adecuada requiere de la recurrencia a las técnicas ya probadas y, del

arte y recursos del propio investigador, de los cuales depende la riqueza y profundidad de la información recolectada.

Al parecer son muy importantes las instituciones de salud, ya que brindan la cobertura e invisten de autoridad a su personal o quien habla en su nombre. El recurso de este investigador es el trabajar en una institución de formación de personal de salud permitiendo la vinculación con profesionales (médicos) que se desempeñan en diversas instituciones de salud y con diversos programas relacionados con el fomento de la salud. Este es el caso de la FES Zaragoza, que se vincula con las comunidades aledañas mediante actividades de promoción y fomento a la salud, estas actividades formativas tienen como componentes la realización de un diagnóstico de salud que proporciona un panorama de la situación de estas comunidades e incluye programas de detección y manejo de la diabetes, entre otras enfermedades de los adultos. Paralelamente a las actividades formativas, se fomentan otros programas de atención y educación a las personas diabéticas, como es el caso del DUPAM (Diabetes un programa de atención multidisciplinaria) financiado por el CONACYT, donde las personas con diabetes son atendidas, de manera multidisciplinaria, por los prestadores del servicio social de las carreras que se imparten en la FES Zaragoza como son, medicina, enfermería, odontología, psicología y químico fármaco biólogo.

Sin embargo, se imposibilitó conseguir personas con el perfil deseado en las zonas de influencia de la FES Zaragoza, ya que a la hora de las visitas la mayoría de la población se encuentra fuera de su domicilio por razones fundamentalmente de trabajo, hallando viudas, separados y algunos casados, sin la antigüedad requerida en la enfermedad estudiada. En tanto que la población del DUPAM se

compone en su mayoría de mujeres (95%) cuando el requerimiento del trabajo es un número equilibrado de hombres y mujeres para la selección. Quedaba el recurso de los compañeros que laboran en el IMSS, institución donde, se había dicho, acude suficiente población para elegir a los informantes requeridos.

El ingreso a la clínica del IMSS (ya descrito) puso al alcance a toda la población requerida, lo cual sólo se logró mediante la ayuda de la compañera ya señalada anteriormente, hizo el contacto con el Director de la clínica y con las mujeres asistentes de los consultorios.

La ayuda de esta compañera abrió las puertas en toda la extensión de la palabra, se pudo abordar a las personas, disponiendo en un principio de una sala exclusiva para la entrevista y, en un segundo momento, abordar a los derechohabientes en la sala de espera sin ser molestado por ningún tipo de personal⁴. Se tuvo, sobre todo, la consideración de las asistentes, un tipo de personal con amplio conocimiento de la situación e influencia sobre los derechohabientes. Así, la canalización de los mismos hacia la entrevista llevaba implícita una recomendación, el respaldo institucional y la autoridad que la gente confiere a su personal. De esta suerte, la gente que llegaba al entrevistador estaba de alguna manera sensibilizada y motivada para cooperar, en la idea de colaborar con su institución y, por ende, a beneficiarse ella misma. Una persona que otra, más suspicaz, indagaba o cuestionaba sobre el origen del trabajo y destino de la información a proporcionar. Correspondió al entrevistador aclarar sobre el origen, identidad y el objetivo del trabajo, deslindando al IMSS de la paternidad de la

⁴ Siendo que a la entrada de la clínica se hallaba un cartel que advertía de la prohibición del acceso a personal ajeno a la clínica y de abordar o molestar a los derechohabientes en la sala de espera con fines distintos a la consulta.

investigación. En otras palabras era una obligación aclarar que se trata de un trabajo independiente de aquella institución, como un principio de ética profesional, para hacer realidad el consentimiento informado. Después de este primer contacto vino la difícil prueba de lograr la adhesión y cooperación para las siguientes entrevistas, indagando sobre cuestiones quizás más íntimas y privadas de la gente, como es su vida en pareja.

La cuestión del rapport

El propósito de la entrevista es la obtención de información adicional que sólo puede ser proporcionada por las personas entrevistadas. Sin embargo, no extraíble automáticamente, se hace necesario, para ello, desplegar técnicas, artes y actitudes que generen el ambiente propicio, la simpatía y empatía que en la jerga especializada se le denominada *rapport*. Algunos autores observan a la entrevista como un proceso de diferentes intensidades y asocian el logro del *rapport* con el clímax de la misma (Vela, 2001), algo así como el momento donde se diluyen los obstáculos que limitan la libre y fluida comunicación. Algunas personas se explayan relatando sus problemas, tal vez porque ven en el entrevistador a un escucha o se trata de las oportunidades que la gente tiene para expresar sus problemas.

La diferenciación del padecimiento entre hombres y mujeres

Como ya se reportó, a lo largo de la aplicación de la encuesta se observó la diferente participación de varones y mujeres. El primer aspecto que llama la atención es la mayor presencia de las mujeres en los centros de atención.

También ya se mencionó la ausencia de varones en el programa DUPAM, el 90% de las personas asistentes son mujeres, no obstante que las campañas de promoción y captación se hacen de manera indiscriminada.

En la clínica del IMSS donde realicé la captación, la situación parecía ser equitativa, porque al inicio de la aplicación la relación estaba equilibrada; pero conforme se acrecentó el número de entrevistados, la relación se descompensó, creciendo cada vez más el número de mujeres. Una situación que no es excepcional pues ya fue reportado previamente por Mejía (2007) en otra investigación. Aquí ya se adelanta una cuestión que se documentará más adelante: la diferente participación, comportamiento e impacto de las enfermedades entre hombres y mujeres. Las entrevistas cualitativas también arrojan una diferente percepción, vivencias y respuestas diferenciales de hombres y mujeres frente a la enfermedad, ya como enfermo, ya como pareja. Se detecta y se documenta la vivencia y la respuesta diferencial entre hombres y mujeres sobre la enfermedad, sale a relucir la presencia del género y aunque de dedica el apartado 4.4 “Salud, enfermedad, muerte y respuesta diferencia de hombres y mujeres”, al no ser el objetivo de este trabajo, no se profundiza en el mismo.

La cuestión de la técnica de investigación

Como ya se señaló el trabajo de campo tuvo dos fases, la primera fue la recopilación de datos a través de una encuesta cuyos datos cuantifiqué y procesé con un recuento simple y obtención de porcentajes, elaborando un cuadro por cada ítem a fin de permitir un panorama gráfico de las respuestas y así ofrecer la información sobre el comportamiento del grupo de personas en las siete áreas

también ya señaladas. Pero la tesis principal se fundamenta en la segunda parte del trabajo consistente en las entrevistas cualitativas (Valles, 2002). Opté por esta técnica porque permite un conocimiento a fondo y permite captar las experiencias vividas, valores y decisiones de las personas entrevistadas (Valles; De Souza (1995) señalan que, sobre todo, permite captar los significados atribuidos a las acciones. Por los datos a la mano, la técnica aplicada cae dentro de la entrevista enfocada porque la atención se centra en aspectos específicos de la vida de las personas. La entrevista enfocada “Trata de un núcleo o foco de interés, una experiencia, una situación, una acción. La entrevista enfocada, pretende responder a cuestiones muy concretas, tales como estímulos más notorios, diferencias de sentido entre sujetos sometidos a la misma experiencia” (Ruiz e Ispizua, 1989: 153). En este caso se trata de personas sometidas a la experiencia de la diabetes, de su vida en pareja. De igual manera, las entrevistas tienen una preparación previa y llevan una dirección por parte del entrevistador, para este fin se elaboró una guía de entrevista, sin que por ello se limite o coarte al entrevistado su libertad de expresarse en sus respuestas. Esto, desde luego, demanda capacidad de parte del investigador para alentar la tendencia a relatos integrados “sin fragmentar o inhibir el discurso del entrevistado”. Se trató entonces de una exploración de tipo semiestructurado en búsqueda de sentido antes que la generalización de los datos (Szass y Lerner: 211).

1.4 Características de los entrevistados

Las parejas entrevistadas fueron cuatro, a continuación se describirá cada una:

1.5.1 *El matrimonio Trejo-Rodríguez*⁵, esposo de 45 años de edad y esposa de 42 años, 22 años de casados. El esposo padece la diabetes tipo 2 desde hace más de 10 años, manifiesta que la mayor complicación derivada de la diabetes, es pérdida de agudeza visual.

El esposo estudió la carrera de contaduría, aunque no se tituló, atiende actualmente su propio despacho contable. La esposa realizó estudios de secretariado, se desempeñó en su oficio durante largo tiempo, aún después de casada y sólo cuando tuvieron a sus hijos ella se retiró del trabajo para dedicarse a la crianza de ellos. Tienen tres hijos, la primera de 21 años con una carrera técnica terminada, el segundo de 20 años cursando la carrera de Administración de empresas en la UNAM y el tercero, de 8 años cursa el tercer año de primaria. Se trata de una familia que se caracteriza a sí misma como de “clase media” por sus ingresos. Poseen casa propia, el padre se puede ubicar como un profesionista liberal ya que, aún cuando no se tituló como Contador Público tiene un despacho de contaduría, llevando la contabilidad de empresas que contratan sus servicios. Para el desempeño de su actividad habilitó como oficina el primer piso de una casa habitación en una zona céntrica de Cd. Nezahualcóyotl, se trata de un espacio confortable con sala de espera amplia, mullidos sillones, su cocina y baño. La oficina posee un amplio escritorio, un librero con libros, sobre todo de contabilidad, también se aprecian libros y revistas sobre cultura general. El señor exhibe solvencia económica, teniendo como motivo de orgullo poder sostener a su familia, sostener los estudios superiores de sus hijos. Denota la capacidad de acudir a la medicina privada para atender su problema de diabetes (aunque la

⁵ Los apellidos fueron cambiados para conservar el anonimato de los entrevistados.

esposa asiste a la clínica del IMSS para atender sus problemas de salud ya que últimamente se le había detectado hipertensión arterial). El señor muestra cierto nivel de preparación intelectual o, más bien denota la posesión de cierto capital cultural, es capaz de hablar de diferentes temas con cierto fundamento. En el desarrollo de su actividad profesional le auxilian alternadamente su esposa y su hija quien ya terminó su carrera, en ocasiones es su esposa la que asiste a la oficina y su hija se encarga del cuidado de la casa y de su hermano menor, en otras es la hija la que asiste a la oficina y la esposa hace las labores domésticas. Ellas (esposa e hija) en su calidad de trabajadoras en la oficina se conducen formalmente, desempeñando su trabajo de manera profesional.

1.5.2 El matrimonio Guzmán-Flores

Matrimonio con 23 años de casados, cuyo esposo tiene 50 años y la esposa, 47. La esposa fue diagnosticada diabética desde hace 20 años, actualmente con un avanzado deterioro de la vista como una complicación derivada del descuido mostrado frente a la enfermedad. Ella actualmente se dedica a su hogar; aunque por los frecuentes y prolongado desempleo de su esposo ha realizado actividades que le reditúan ciertos ingresos y anteriormente, cuando poseía mejor visión trabajaba en casa de alguno de sus conocidos, todo esto con el fin de ayudar a la economía de su familia. El esposo de oficio mecánico, aunque relata tener varios años de no dedicarse a este oficio por falta de clientela ya que había habilitado el patio de su casa como su taller mecánico. En los últimos tres años ha debido desempeñar diferentes actividades de forma intermitente desde vigilante en una escuela privada hasta ayudante general en una pequeña empresa. El matrimonio

Guzmán-Flores tiene dos hijos, un varón de 22 años quien ha terminado una carrera técnica, trabajando actualmente en una actividad no relacionada con su carrera con ingresos muy bajos, por lo cual sólo alcanza a solventar sus propios gastos personales y no alcanza a ayudar a los gastos del hogar. La hija de 19 años estudia actualmente el bachillerato, aún no realiza ninguna otra actividad. La casa donde habitan no es propia, es de la madre del esposo, una anciana que sufrió embolia cerebral, causa por la cual actualmente se encuentra postrada en la cama sin poder satisfacer sus necesidades elementales. Por esta razón y por ser hijo único el señor Guzmán, la familia Guzmán-Flores se ha posesionado de la casa, aunque a decir de la señora, otros familiares, como los sobrinos la ambicionan y empeñan sus esfuerzos para obtenerla, como el caso de una sobrina que pretende instalarse en la planta baja, según, para estar más cerca de la anciana enferma, pero verdaderamente quien se ha hecho cargo de ella es la señora Flores. Este asunto es otro problema más que se suma a los factores de preocupación de la señora Flores, pues sin un empleo estable del esposo, ella a punto de la ceguera no cuenta con los recursos para allegarse otra vivienda.

Se trata de una familia venida a menos, su amplia casa (una construcción de alrededor de 100m²) de dos plantas denota deterioro general. Las partes visibles para el visitante son una sala de aproximadamente cuatro metros cuadrados y un comedor de iguales dimensiones, una cocina amplia, pero en la parte superior se hallan los cuartos dormitorios. Al menos la construcción de la planta baja muestra deterioros notables, las huellas del uso sin mantenimiento. Los aparatos eléctricos y electrónicos del hogar tienen una antigüedad y deterioro semejantes al del

inmueble. En la familia es habitual el empeño o venta de algunas propiedades como alhajas para paliar sus apuros económicos.

1.5.3 *La familia Beltrán-Cornejo.* Esposos de 54 años de edad ambos, con 36 años de matrimonio. Esposo diabético diagnosticado hace cinco. Actualmente cursa con problemas derivados de un infarto al miocardio. En los momentos de la entrevista los esposos se hallaban desempleados (a raíz de la agudización de su enfermedad fue separado de su trabajo, pero sin pensión alguna). La esposa también sin ninguna ocupación remunerada a raíz de un padecimiento hepático que la obligó a cerrar su empresa de cromado de defensa de automóviles. Tienen dos hijas casadas, ambas terminaron una carrera profesional, aunque una de ellas no ejerce y se dedica al hogar. La segunda estudió odontología, ejerce su profesión. Esta última vive en la casa de los señores Beltrán- Cornejo, en tanto ella trabaja los señores atienden a su hija (de cinco años), la recogen de su escuela, la alimentan y la cuidan durante las tardes. La familia posee una casa amplia en buenas condiciones. En las primeras visitas ocupaban una amplia y confortable sala y comedor de alrededor de seis o siete metros cuadrados con amplios ventanales a través de los cuales se observa la calle. Refiere el Señor Beltrán haber construido la casa en su época de prosperidad, pues, según relata se distinguió como vendedor eficiente y exitoso, por lo cual se le reconoció como “vendedor estrella” en una empresa fabricante de pan de caja. Las enfermedades de ambos (la diabetes por el lado del esposo y la enfermedad hepática por el de la esposa) propiciaron su debacle económica, al grado de no tener ingresos económicos propios. El matrimonio vive de la ayuda que le proporciona su hija

(insuficiente a decir de la señora Cornejo) como una remuneración por permitirle vivir en su casa y por hacerse cargo de su hija. Por la falta de ingresos decidieron modificar su casa, una gran parte de la sala y el comedor fueron divididos por un muro para habilitarlos como una accesoria y ahí vender ropa usada que reciben en donación por parte de vecinos y amigos. El señor Cornejo sigue su batalla por obtener una pensión a partir del reconocimiento de su incapacidad a raíz del infarto sufrido. En tanto los esposos aprovechando su disponibilidad de tiempo viajan juntos a todos los lugares donde deben asistir, algo que no habían podido hacer en su época de trabajo, ya que según relatan, al señor Cornejo lo absorbía su trabajo.

1.5.4 *La familia Valdez-Guadarrama.* Esposo de 67 años y esposa de 56 años. Esposa diabética de cinco años de evolución, la señora Valdez ha sobrellevado su enfermedad cumpliendo parcialmente las indicaciones médicas. Ella desde el momento de su matrimonio hace 27 años se ha dedicado al cuidado de su hogar y a la crianza de sus hijas. Su esposo actualmente jubilado fue durante 30 años empleado en una pequeña empresa de construcción, pero fundamentalmente estuvo al servicio de la familia del dueño de la empresa y sin delimitación de funciones, él se desempeñaba de igual manera como mozo o gestor de los asuntos de la empresa, por esta razón le absorbió la mayor parte de su vida, al grado de radicar toda la semana en esta casa y sólo regresaba con su familia los sábados por la tarde para salir los domingos en la tarde, así la crianza y educación de los hijos estuvo a cargo de la esposa.

El matrimonio tiene tres hijas dos mayores de edad, profesionistas, la primera titulada como administradora de empresa y la segunda titulada como trabajadora social, la tercera es aún una niña de 9 años quien asiste a la escuela primaria. La primera hija, cuando se iniciaron las entrevistas, tenía pocos días de haberse trasladado a la Cd. de Monterrey enviada por la empresa donde se desempeña. La segunda trabaja en la Cd. de México y vive con el matrimonio.

Poseen casa propia confortable con amplia sala y comedor de alrededor de siete metros cuadrados y cocina amplia, sus dormitorios se encuentran en el primer piso. La construcción ocupa una menor proporción del terreno del alrededor de 200 metros cuadrados, por cual poseen un patio amplio recubierto de pasto bien cuidado y adornado con muchas macetas con plantas de diferentes tipos alrededor.

Actualmente se dedican a cuidar a su hija de 9 años, ambos la llevan y la recogen diariamente a la escuela, una escuela pública ubicada a escasas cuerdas de su domicilio. Por las mañanas asisten a ayudar en las labores de limpieza en una escuela, una actividad que desempeñan ambos con la finalidad de complementar sus ingresos consistente en la pensión que recibe el esposo, considerado por él como insuficiente.

Capítulo 2

“La diabetes y sus implicaciones”

2.1 Aspectos clínicos

La Organización Mundial de la salud, define a la diabetes como un desorden metabólico de etiología múltiple, caracterizado por hiperglucemia crónica con cambios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas resultado de un defecto de la secreción y/o acción de la insulina que contribuye al desarrollo de complicaciones macro y micro vasculares (venas y arterias) de pequeño y gran calibre, y neuropatías (daño neuronal). (NOM diabetes: 2002).

Clínicamente la diabetes tipo 2 se considera una enfermedad endócrina, en primera instancia por el involucramiento de la insulina en el problema, una hormona secretada por el páncreas. Con base en la Norma oficial Mexicana (NOM diabetes, 2002) la diabetes se puede clasificar en seis grupos de las cuales las mas frecuentes son la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo II; en la primera existe destrucción de las células pancreáticas encargadas de producir insulina, lo que provoca déficit absoluto de la misma, pudiendo ser inmunitaria (creada por el propio organismo) e idiopática (origen desconocido); mientras que la segunda es la que mas se presenta; es un grupo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina deficiencia en la producción de esta y/o aumento en la producción de glucosa.

Para la detección del problema y determinación de los niveles de glucosa, actualmente priva en el ambiente médico dos métodos, uno fundamentalmente para la determinación de la diabetes, método tradicional mediante pruebas

ambulatorias o de laboratorio, los valores sanguíneos se determinan a partir de los siguientes criterios:

- a) Glucemia en ayunas, la detección de un valor mayor a 126 mg/dl, sin tomar alimento durante las 8 horas previas.
- b) Glucemia al azar o aleatoria: detección de un valor mayor de 200mg/dl, aplicado en cualquier momento del día sin ayuno ante la sospecha de diabetes.
- c) Prueba de curva de tolerancia, detección de valores mayores a 200mg/dl después de 2 horas de ingerir *ex profeso* 75 gramos de glucosa (Arganis, 2004). Los detectados son valores prevalentes en el momento de la toma de la muestra

Otro método, utilizado para precisar los niveles de glucosa y observar su comportamiento es la prueba de la *hemoglobina glucosilada*, el cual mide el promedio de glucosa adherida a la hemoglobina por tres meses, regularmente, ya que, según esto, es el tiempo promedio de vida de los glóbulos rojos. Se parte del principio de que a mayor cantidad de glucosa en el torrente sanguíneo, mayor cantidad adherida a la hemoglobina (HbA1c). En el cuadro 1 se muestran las equivalencias entre los niveles de glucemia y la hemoglobina glucosilada.

Los síntomas de la diabetes en la jerga médica son: la poliuria (orina frecuente), polidipsia (sed excesiva), polifagia (hambre excesiva), prurito (comezón) y pérdida de peso sin razón aparente (Arganis, 2004; Moreno, 2006).

Hasta el momento se sabe que la diabetes como patología tiene consecuencias a dos niveles, por una parte, la falta de absorción de la glucosa en las células es la

Cuadro 1

Porcentaje de HbA1C	Mg/dl de glucemia
4 %	60 mg/dl de glucosa
5%	90 Mg/dl
6%	120 Mg/dl
9%	210 Mg/dl
10%	240 Mg/dl
11%	270 Mg/dl
12%	300 Mg/dl

Fuente: Orduz, Arturo. Diabetes. Control y prevención Vol. 2, No. 1 s/f.

responsable del aumento de sed, de micción, apetito y fatiga en las personas que la padecen. Entre los problemas directos provocados por el descontrol de los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo son:

- a) Hipoglucemia, descenso de la glucemia por debajo de los valores admitidos (40, 63) lo cual puede provocar accidentes cardiovasculares o cerebro vasculares, hemorragia de la retina.
- b) Hiperglicemia, elevación de la glucemia a valores intolerables por el organismo que en casos extremos puede conducir a cetoacidosis
- c) Acidosis, caracterizada por acumulación de subproductos del metabolismo de las grasas, llamado cetonas. Esto ocurre cuando no hay glucosa disponible como fuente de energía para el organismo y en su lugar se utiliza la grasa. La acidosis metabólica puede llevar al shock o a la muerte cuando alcanza un nivel grave. (Domorus, 2004; Beardwood, s/f: 319).

Estos problemas se presentan en las personas que, sobre todo, desatienden las indicaciones médicas o frecuentemente son personas que aún no se percatan de su enfermedad llevando, frecuentemente, una vida de excesos hasta el momento de las crisis.

Por otro lado, los daños orgánicos de largo plazo se atribuyen a la circulación de los altos niveles de glucosa en el torrente sanguíneo de forma prolongada, lo que provoca el engrosamiento de los vasos y, por ende, menos irrigación de sangre a los órganos y al sistema nervioso periférico⁶. A estos problemas se les reconoce como complicaciones, entre los que se encuentra principalmente:

- a) La retinopatía diabética: es una complicación ocular derivada del deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo de ojo. Los pacientes de 15 años o más de evolución presentan vasos sanguíneos dañados en los ojos (Beardwood, s/f): 321)
- b) La nefropatía, provoca que el riñón pierda la capacidad para funcionar apropiadamente, caracterizada por niveles altos de proteína en la orina. Puede finalmente causar insuficiencia renal crónica, continuando su progresión hacia una enfermedad renal en estado terminal, con frecuencia en un período de 2 a 6 años después de la aparición de la proteína alta en la orina (proteinuria).
- c) La neuropatía diabética es una complicación que presenta daño temporal o permanente en el tejido nervioso. Pueden afectar los nervios que regulan las funciones vitales involuntarias, incluyendo el músculo cardíaco y los

⁶ Los nervios existentes fuera del cerebro y de la espina dorsal (Carey, 1999))

músculos lisos. Estas neuropatías pueden causar presión sanguínea baja, diarrea, estreñimiento, impotencia sexual y otros síntomas. Hay un incremento del riesgo de lesiones en los pies debido a la pérdida de la sensibilidad. (<http://www.geocities.com/fabianroch/diabetica.html>)

- d) Enfermedades cardiovasculares que la población en general no está exenta de padecer pero que en los diabéticos el riesgo de muerte por esta causa aumenta de 2 a 3 veces. (Diabetes mellitus tipo2, 1999)
- e) La aparición de hipertensión arterial también se asocia a la diabetes.

2.2 Epidemiología de la diabetes

La incidencia de la diabetes ha ido en franco crecimiento y aceleración conforme pasan los años, como se puede apreciar mediante los siguientes datos. En 1940 apenas aparecía entre las primeras 20 causas de mortalidad con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes (1% de la población adulta); 1970 ocupó el 15o lugar; 1990 ocupó el 4º lugar como causa de mortalidad. A partir del año 2000 es la primera causa de muerte entre las mujeres y 2º entre los hombres; entre 2000-2003 la tasa se incrementó en 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) entre las mujeres. Entre los hombres el incremento fue de 22% (de 42.2 a 51.6 por 100 mil habitantes) (Olais, 2007). De acuerdo con datos del INEGI a partir de 2004 ocupa el primer lugar como causa mortalidad en adultos de 30 a 64 años. Como causa de mortalidad general en el país la diabetes ocupa el segundo lugar, excepto el estado de México donde ocupa el primer lugar. Invariablemente se observa mayor cantidad de muertes femeninas que entre los hombres (INEGI, 2006).

Según datos de la Federación Mexicana de Diabetes, A.C. México ocupa el noveno lugar en padecimiento de diabetes a nivel mundial. En 2003 los primeros lugares con base en números totales la situación se presentó de la siguiente manera: India (35.5 millones de diabéticos), China (23.8 millones), Estados Unidos (20.8) Rusia (9.7 millones) Japón (6.7 millones). En términos relativos o proporcionales, según datos de la OPS, México supera a Estados Unidos, para ocupar el primer lugar en el continente en prevalencia de la diabetes. (OPS, 2007). Las estadísticas han dividido el país en tres regiones, la zona centro con cifras de 54 defunciones por cada 100 000 habitantes (González, 1998: 5). la zona norte y noroeste con tasas de 9.4 y 10.2%; la zona sur con tasas de entre 7 y 8.6% (Rivera, 2003)

Oláis (2007), encuentra, analizando las estadísticas del año 2000, importancia del nivel educativo en la adquisición de la diabetes. Así, el porcentaje de prevalencia de diabetes, entre la población con solo educación primaria fue de 9.9%, en tanto que entre la población con preparatoria o mayor fue de 4.4%. Por el lado de los ingresos económicos también halló diferencias, las personas con ingresos por debajo de dos salarios mínimos encontraron porcentajes de 8.1% de prevalencia, contra un 7% en población con ingresos de 2 o más salarios mínimos.

2.3 Costos de la enfermedad

Costos de atención

- El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) estima que el gasto anual por la atención de personas con diabetes en 2004 fue de 317 millones de dólares, 6.5% del gasto total del IMSS e ISSSTE. (Federación Mexicana de Diabetes, A.C, 2007).

- Es la principal causa de demanda de atención en consulta externa en instituciones públicas y privadas.
- En 2004 en el ISSSTE fue la 5ª causa de estancia hospitalaria. Casi 205 mil días de incapacidad por diabetes (Federación Mexicana de Diabetes, A.C, 2007).

Un estudio realizado en las unidades de medicina familiar del IMSS en el estado de Nuevo León se analizaron los costos por consulta. Así la atención de la diabetes ocupa el segundo lugar en cuanto a costos, superada por la hipertensión arterial; los costos unitarios de atención de la diabetes oscilaban entre 179 y 235 pesos. Los costos unitarios de atención de la HA oscilaban entre 251 y 307 pesos.

Enfermedad	Costo unitario de atención
Hipertensión arterial	\$ 546- \$ 1755
Diabetes	\$ 251- \$ 307
Bronquitis aguda	\$ 95 -\$ 152

Fuente: Elaboración propia a partir de Villarreal, et. al.

La bronquitis aguda como problema infeccioso causaba unos costos que oscilaban entre 95 y 152 pesos. Arredondo (2001) resumió los servicios que una hospitalización por casos agudos como las descompensaciones diabéticas, estado de cetoacidosis requieren, siendo estos: una consulta de primera vez y 11 consultas subsecuentes, cinco días de hospitalización y dos días de terapia intensiva, tratamiento medicamentoso, estudios de laboratorio y de gabinete; tres química sanguínea, tres exámenes de orina, una biometría hemática, seis

glicemias, tres electrolitos séricos siete hemoglucotest, una teleradiografía de tórax, un ECG. En tanto que un caso ambulatorio, esto es, el manejo de pacientes diabéticos controlados, requieren de: una consulta de primera vez, 11 consultas subsecuentes, dos consultas de segundo nivel de atención, estudio de laboratorio y de gabinete: seis glucemias, tres EGC, una biometría hemática, una urea, una

	Ssa	IMSS	ISSSTE
Caso hospitalario (por día)	5 731. 55	8 294. 76	6 283.20
Caso ambulatorio	484.79	578.11	614.40

Fuente: Arredondo, A. (2001: 425)

creatinina, dos electrolitos séricos y medicación básica. Calculó el costo de cada servicio según tres de las principales instituciones de salud del país en el año de 2001.

2.4 Sobre las condicionantes de la enfermedad

La búsqueda de las “causas” de la problemática empezó cuando se observó un crecimiento alto de la diabetes en la población, sobre todo entre las poblaciones indígenas. Uno de los casos más llamativos fue el de la etnia Pima de Estados Unidos cuya prevalencia osciló alrededor del 50% de la población adulta, lo cual en un principio se intentó explicar en términos exclusivamente genéticos, pero su incidencia se dio en una época determinada y en ciertas circunstancias, haciendo insostenible la argumentación basado exclusivamente en la genética, ante ello

tuvieron que recurrir a otros elementos, por ejemplo, reconocer la importancia del tipo de alimentación (Bennett, 1971; Gohdes, 1993), elemento que posteriormente se identificará como parte de todo el paquete denominado estilo de vida.

A partir de este momento se reconocería que al problema de la diabetes subyacen elementos genéticos, pero cuyos detonantes son elementos sociales-ambientales⁷. La discusión se centra en el tipo de vínculo que guarda con los restantes elementos, al respecto prevalecen en el medio dos hipótesis, a saber: Teniendo en mente a los indígenas norteamericanos la hipótesis plantea que el grupo étnico posee un “gen ahorrador”, genotipo ahorrador que “fue seleccionado” para que los antepasados recolectores de los indios norteamericanos soportaran las fuertes oscilaciones en la disposición de la alimentación (ciclos de abundancia y escasez) y, como recurso, el organismo reaccionó con “rápidos disparos de insulina” que permitieron grandes almacenamientos de grasa. La grasa sirvió entonces como reserva de energía a ser utilizada en tiempos de mayores dificultades, pero los niveles de azúcar en la sangre resultaron muy altos en tiempos de abundancia. Así, mientras se promueve la sobrevivencia en las oscilaciones, en tiempos de estabilidad con dietas abundantes y estilo de vida sedentario, se promueve la obesidad, la resistencia a la insulina, y en último caso, la diabetes tipo 2 (Benyshek, 2005). En términos de variabilidad genética se trata de una tesis bastante convincente, la selección genética para sobrevivir ante las adversidades naturales, aunque esta misma ventaja se vuelve desventaja en tiempos de abundancia producto de las bonanzas

⁷ Como la edad, la obesidad, la distribución de la grasa corporal, el tipo de alimentación, el sedentarismo (Moreno, 2006)

naturales. Esta propuesta no contempla la intervención social-humana, los cambios son considerados como producto de cambios naturales. Aunque en este asunto de la abundancia en tiempos actuales se atribuye más a los adelantos tecnológicos que a elementos naturales, en este sentido estaría reconociendo la participación humana, pero la teoría no está abierta para reconocer más allá de un desarrollo tecnológico neutro, con implicaciones políticas, económicas y culturales. Así el individuo se percibe como indefenso frente a las estructuras ya dadas.

De manera reciente presenciamos la configuración de otra hipótesis, según la cual la DM en la etapa adulta es más bien la consecuencia de una adaptación metabólica del feto a la malnutrición maternal durante la gestación y propagado a generaciones subsecuentes vía embarazo hiperglicémico. Esto es, frecuentemente los embarazos se dan en medio de la desnutrición de la madre, frente a la cual el feto logra adaptarse, pero quedándose con las secuelas en el organismo, cuyas manifestaciones se verán en la vida adulta y en sus descendientes, “las respuestas fisiológicas del feto desnutrido son adaptativas, pero tal programación pancreática y del hígado persisten a lo largo de la vida adulta, incrementando el riesgo de desarrollar DM” (Benyshek, 2005: 193). La hiperglicemia gestacional (como opuesto a malnutrición materna) puede también conducir a un metabolismo anormal de la insulina/glucosa en los descendientes o que los hijos de madres que han sufrido tolerancia a la glucosa aumentan 4 veces el riesgo de padecer DM y este riesgo aumenta cinco a seis veces cuando la madre es diabética durante la gestación (Benyshek, 2005). Según este autor, numerosos estudios han mostrado la asociación entre el bajo peso al nacer y DM en la vida adulta. La afirmación también la apoya la observación de un gran

número de animales han mostrado que la restricción de proteínas de la madre durante el embarazo lleva a los descendientes a nacer con bajo peso y a la intolerancia a la glucosa en la madurez. Sostiene que el consumo de alcohol entre las mujeres durante el embarazo muestra similares resultados, bajo peso al nacer e intolerancia a la glucosa en la madurez. En la explicación de las causas de la desnutrición que indudablemente hablan de injusticia y desigualdad social, el autor encuentra en la situación que han vivido los nativos norteamericanos una historia común de opresión política y económica debido a la marginación y a la relocalización/concentración forzada de que han sido objeto, cuyas primeras manifestaciones en forma de DM se presentarán 50 o 60 años después, cuando adoptan “estilos de vida” proclives a la enfermedad (Benyshek, 2005).

Esta última hipótesis ancla su explicación en términos de las situaciones de injusticia y marginación actuales y genera una esperanza de bajar los niveles de DM en estas poblaciones mediante la actuación vía la lucha contra las injusticias, con lo cual se evitaría la desnutrición de las madres embarazadas y por ende, la exposición del feto a este tipo de riesgos.

2.5 Las implicaciones del término estilo de vida

El término estilo de vida ha sido, frecuentemente, un recurso para señalar aquellos elementos que salen del marco explicativo de la biología, una especie de caja negra en el cual se encierran todos aquellos elementos no deseables o no factibles de explicar. ¿Qué implicaciones tiene el término? ¿Qué hay detrás? ¿Cuáles son los mecanismos de acción y cuales son los vínculos con el elemento social?

De indudable vinculación social y cultural son los componentes atribuidos al estilo de vida como la alimentación, la actividad física, la obesidad, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco (López Carmona, 2003), asociados con la diabetes, aunque se insiste sobre dos variables más frecuentes en la población, esto es: la dieta y la actividad física⁸. ¿Cuál es el beneficio de ambos en el organismo y su vinculación con el área social y cultural? “la actividad física, es cualquier movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo” (Toussaint, 2000: 658). Así,

El ejercicio es un estado que requiere la movilización y distribución rápida de energéticos para asegurar el suplemento de adecuado de energía para el trabajo muscular. Todas las células sometidas a trabajo deben mantener estrechamente balanceadas su producción y utilización de adenosín trifosfato (ATP), el músculo en ejercicio utiliza aproximadamente 3.3×10^{10} moléculas de ATP/gramo/15 minutos, las cuales son resintetizadas a una velocidad cuyo límite superior es 1000 veces mayor a la de reposo, el tipo de ejercicio realizado influye también en el metabolismo de la glucosa, dado que las fibras musculares utilizadas en el ejercicio alteran la expresión de las cadenas pesadas de miosina(MHC) (Gilas, 1998: 35).

En otras palabras mediante el esfuerzo físico se consumen aquellos insumos cuyo excedente puede orillar a la hiperglucemia cada vez a valores más altos, puede propiciar la reducción de sus niveles y de los demás participantes del metabolismo⁹. Nos dice Toussaint que

⁸ Sobre estas dos variables, fundamentalmente se actúa para la prevención primaria (evitar la enfermedad), prevención secundaria (controlar los niveles de glucemia y evitar las complicaciones) (Diabetes mellitus tipo2).

⁹ El ejercicio físico se recomienda como tratamiento de la diabetes “El ejercicio debe ser una parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. Algunos estudios han demostrado un efecto duradero para disminuir las concentraciones de glucosa con el ejercicio regular, (y)...disminuye los requerimientos de insulina” (Guilas, 1998: 38).

...el gasto energético es el resultado de la interacción de tres procesos (la tasa metabólica en reposo, la termogénesis y la actividad física)...Cuando una persona se encuentra en balance cero, la energía de ingestión es igual al gasto energético o viceversa, y si la persona está en balance positivo, es que está ganando peso, lo que implicaría que su energía de ingestión es mayor que su gasto energético (Toussaint, 2000: 658).

Sin embargo, en nuestra sociedad, cada vez más se abandonan las actividades demandantes de esfuerzo físico, lo cual se atribuye, en primera instancia, a los procesos de urbanización. La misma autora hace señalamientos respecto a los niños, también aplicables a los adultos, según esto el sedentarismo se vincula fuertemente con el proceso de urbanización en la medida en que se reducen los espacios físicos de movilidad, el tránsito vehicular agobiante, así, la distancia por recorrer a pie se reducen, la contaminación, el tiempo que la gente dedica viendo la TV le restan tiempo y espacio para la movilización física (Toussaint, 2000).

Sobre el abandono de la actividad física se pueden aducir dos causas, la externa y objetiva, es decir, las condiciones que las personas afrontan aún sin su voluntad, como las condicionantes del lugar en que viven y la interna que nace de las propias motivaciones de las personas, como el que deriva del culto creciente a los artefactos tecnológicos. El culto a la tecnología es también,

...una especie de culto a la *rapidez* y a la *velocidad*: todo tiene que ser rápido, inmediato, ya mismo (sic) aunque se tenga que perder la tranquilidad, el placer de la contemplación, la calidad estética (como ocurre con las comidas rápidas, el café instantáneo, aunque en todo esto también incide otro culto, el que se tiene a la *comodidad*)...Modernidad y rapidez parecen ser sinónimo para muchos...el símbolo de nuestros tiempos (Guinsberg, 2001: 158).

En estas últimas líneas podemos encontrar la fuente del sedentarismo y la inamovilidad, cada vez los esfuerzos físicos se suplen con el trabajo de las

máquinas en el campo y en la ciudad, siendo vistos como sinónimo de comodidad y de bienestar. Significa entonces que además de las condiciones externas e involuntarias que viven las personas, la inclinación al sedentarismo nace desde la voluntad de los propios individuos.

Por el lado de la alimentación también son radicales los cambios experimentados por las poblaciones, la literatura sobre las enfermedades crónicas reporta con alarma el contenido alimenticio de la población como factores de riesgo; pero los consumos siguen creciendo, en esto puede haber también una asociación entre ciertos alimentos como la carne y el status.

Una 'buena' dieta se concibe en términos aspiracionales y se asocia más a la carencia producida a factores económicos que nutricionales. Desde esta perspectiva la carne es altamente valorada; en contraste las verduras están relegadas en el consumo doméstico. Para las amas de casa cocinar verduras es someterse a una desaprobación por parte de los hijos y el esposo... (Mendoza, 2000: 6).

Así, entonces cualquier indicación sobre el abandono o separación de este tipo de dieta implica el quebrantamiento de las costumbres y de las relaciones familiares.

“El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, aísla a quien se le prescribe y además es difícil de seguir porque atenta contra el gusto y la costumbre. Por lo común la gente próxima al diabético no se solidariza con él.”

(Mendoza, 2000: 5). Esta puede ser una posible explicación del abandono o la resistencia a seguir la dieta indicada médicamente por parte de los diabéticos.

Cardoso (2000), por ejemplo, señala cómo las personas aún sabiendo lo inconveniente de sus contenidos alimentarios los consume, ya para no aislarse de su círculo social, ya para conservar el afecto de sus seres queridos o simplemente

por falta de recursos para cocinar algo extra al menú de la familia. En esto también hay condicionantes de tipo subjetivo y objetivo, estos últimos hunden sus raíces en las estructuras económicas y sociales del país y del mundo, se relacionan con la globalización económica cuyo motor es el proceso de industrialización, la producción masiva de mercancías, el consumo y su vector que es la economía de mercado que, a decir de los apologistas del sistema, llevan consigo el progreso y el desarrollo, pero desde una perspectiva de relativismo cultural, vendrían a trastocar la dinámica preexistente de las poblaciones donde arriban. Esta situación es perceptible en las poblaciones más o menos sustraídas del mundo occidental. Los procesos en el mundo “subdesarrollado” que han recibido atención de los investigadores presentan un parecido impresionante: arribo de la economía de mercado, cambio de hábitos y modos de vida donde predominan los cambios en los patrones alimentarios, desintegración de las relaciones sociales, estratificación social, pobreza.

Theis, (1993), aborda el caso del Sudan donde describe los efectos que tiene la llegada de los productos industrializados con el consecuente desplazamiento de la comida nativa y la desintegración de las relaciones comunitarias, la estratificación social, desplazamiento de formas comunales de producción de sus alimentos a la predominancia de formas asalariadas de ocupación de la mayoría de los nativos. A la postre se generaliza la necesidad del dinero. Otro fenómeno presente es la emigración de los nativos hacia los centros industriales.

Delgado, (1993) reporta desde una población del Perú cómo las ayudas externas y la asistencia gubernamentales a los pobres, conducen hacia la generación de hábitos y consumo de productos industrializados, generando al final, en el caso de

la alimentación, dependencia alimentaria y de dinero, propiciando aún mayor pobreza.

Un caso semejante describe Counihan (1999) en una provincia de Florencia Italia, “Sardinia ha experimentado un cambio cultural y económico masivo a raíz del proceso de industrialización instrumentado por el gobierno en áreas dispersas, llamadas ‘polos de desarrollo’ (Counihan, 1999: 26) La autora señala que la antes agricultura de subsistencia de ocupación familiar ha sido selectivamente capitalizado en las tierras fértiles y de mayor infraestructura como en el rico valle de Campidano. “La agricultura de subsistencia ha declinado radicalmente y la actividad del tradicional pastoreo libre languidece” (Counihan 1999: 26). Según ella, localmente se ha privilegiado la producción derivada de la industria petroquímica antes que la producción de consumo local. Hay gran acceso de dinero por el turismo, los migrantes, por las pensiones y por el seguro a desempleados y trabajos eventuales. Proceso que desde luego se acompaña del aumento del nivel de vida. Según Counihan por este camino se logró erradicar la malaria, pero también se generó un proceso de estratificación social, la introducción de la economía monetaria y al intercambio mediado por el dinero, se desplazaron las actividades familiares y vecinales que eran fuentes de socialidad.

Por el lado mexicano, Marion (1990) nos relata el caso de Lacanja Chansayab, una comunidad de la selva lacandona dedicada antiguamente a la caza y recolección; pero con la llegada de la carretera llegaron muchos cambios como agencias gubernamentales y una empresa privada en búsqueda de materias primas que brinda la selva, así se generó el trabajo asalariado en virtud del cual empezó a circular cada vez mayor cantidad de dinero en la comunidad. Señala que con la

llegada de la carretera llegaron los alimentos y enseres industrializados; “también llegaron las bebidas embriagantes y al poco tiempo se instaló una cantina a las orillas de la población. La nueva accesibilidad a estos tendía, a su vez, a reforzar la necesidad de conseguir más dinero” (Marión, 1990: 5). Según la investigadora, todo esto creó una nueva dinámica de intercambio económico dentro de la comunidad, impulsando una movilidad espacial considerable y provocando una diferenciación socioeconómica totalmente nueva.

Otro es el caso relatado por Medellín (1982) sobre una población campesina del estado de Tlaxcala cuya alimentación se había basado en productos nativos (maíz, recolección de insectos, hierbas, etc.). Pero con la introducción de la economía de mercado aquellos se suplen con estas mercancías de producción externa pasando a depender totalmente del ingreso (monetario) familiar. Así, sus productos de mayor valor en el mercado como la leche, los *escamoles* (larvas de un tipo de hormiga) antes de autoconsumo deben venderlos para conseguir productos básicos como el frijol, azúcar, sal, pastas, cebolla, refrescos, etc. “La leche es para nosotros un artículo de lujo. Ya no podemos tomárnosla, o no comemos lo demás”. Según el autor, los *escamoles*, una comida cuasi-ceremonial o de compartición con las personas apreciadas. Posteriormente,

...comer *escamoles*, ni siquiera en honor de una persona de mucho aprecio. Vendidos en el mercado, un litro de *escamoles* puede representar un ingreso de mil quinientos o más pesos. Y con ese dinero se puede subsistir durante muchos días. Sería una locura gastárselos en una comida. Los *escamoles* están fuera del alcance de quienes los recolectan (Medellín, 1982: 42).

De acuerdo con esto, los campesinos aún queriendo consumir hierbas de la milpa no lo pueden hacer debido a la introducción de la tecnología (otra forma de modernización) por el uso de fertilizantes químicos y herbicidas, las hierbas ya no se reproducen.

Un concepto introducido por Counihan, *modernización sin desarrollo* parece dar cuenta de la situación señalada, esto es, la llegada de productos industrializados a las comunidades tradicionales provocando su consumo por dos vías: deslumbrando con su presentación frente a los rústicos productos regionales, y por vía de la publicidad. Sin darse la contraparte para el consumo, es decir, la fuente de los ingresos económicos, o se da de forma desequilibrada provocando la diferenciación social. La modernidad, pues, provoca el hambre y la avidez por los modos de vida del mundo occidental, pero no provee las condiciones para hacerlo de manera equilibrada, frente a la llegada de lo nuevo se podría afirmar que prima el “sálvese quien pueda” y en este camino se da la estratificación social ya que algunos sí logran hacerse de los recursos, en tanto otros no, cayendo en las filas de la pobreza y la desintegración social y también alterando la alimentación de las personas, arrasando con pobres y ricos. Muchos de estos últimos como “nuevos ricos” tiene consumos desenfrenados, incluyendo la alimentación y los pobres haciendo grandes esfuerzos ingresan a las filas del consumo de productos industrializado, aún cuando se trate de productos con ínfima calidad (“productos chatarra”). Así la pobreza no es un dique contra el consumismo, es, por el contrario, junto con la ignorancia una vulnerabilidad.

Capítulo 3

Estudios antecedentes

3.1 Estudios sobre aspectos sociales y culturales de la diabetes

Los estudios sobre los aspectos sociales y culturales de la diabetes en México se pueden detectar desde finales de los 80's, pero es en la década de los noventa cuando cobran auge los estudios de mayor complejidad.

Cortés (1995), realiza su tesis de licenciatura mediante un estudio sociológico de la diabetes como un estudio de caso en el D.F., formula como hipótesis la importancia de los valores culturales y económicos en el tratamiento y control del enfermo diabético. Es una investigación que pretende reconstruir las experiencias y las vivencias familiares del diabético, incursionando en el entorno familiar y laboral del enfermo. Se trata de un trabajo pionero e interesante porque logra, mediante las entrevistas a profundidad y la observación participante, ilustrar la vida de las personas diabéticas y su entorno familiar y laboral, con lo cual se hacen entendibles los altibajos en el padecimiento referidos por las personas.

Uno de los autores más involucrados en el estudio de la diabetes desde el enfoque cualitativo es Mercado, cuyo primer estudio de mayor elaboración fue su tesis doctoral publicada como libro intitulado "Entre el infierno y la gloria" (1996). Refiere partir el estudio desde la experiencia subjetiva de las personas, adhiriéndose a las propuestas de la teoría fundamentada por considerarlo idónea al adoptar esta una "perspectiva humana" y porque permite al investigador someterse a la lógica de la definición de la situación tal como es dicha por el sujeto". Su intención es captar cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad para lo cual adopta el concepto de la *experiencia del*

padecimiento. La investigación fue realizada en un barrio popular de la ciudad de Guadalajara.

Un segundo trabajo del mismo autor (1998) indaga sobre la perspectiva de los enfermos en torno a las medidas de que son objeto por parte de los profesionales de la salud para el tratamiento de su enfermedad. En este trabajo se trata de mostrar el conjunto de representaciones experiencias y prácticas alrededor del padecimiento de la diabetes.

En otro trabajo sobre el desarrollo y manejo de la diabetes (Mercado, y colab., 1998), aborda el estudio desde la perspectiva de la *trayectoria de la enfermedad*, Esta última entendida como: un fenómeno variable y cambiante que comprende las vidas, las historias, las percepciones y las actitudes de todos los involucrados en el curso de un padecimiento, centrado en una serie de eventos sociales y culturales. En este sentido distinguen tres tipos: trayectorias estables, al respecto el autor señala: "...la diabetes casi no les ha ocasionado molestias y sus efectos han sido prácticamente nulos en su vida diaria durante los años que tienen de padecerla..." (Mercado, et. al, 1998: 233). Las trayectorias oscilatorias presentan numerosos altibajos de fases de mejoría a fases de deterioro y frecuentemente no se limitan a la percepción de molestias ya que efectivamente tienen consecuencias en la vida física, emocional, laboral y social de las personas. Por último las trayectorias deteriorantes son descritos como aquellos procesos que presentan crecientes y constantes síntomas y efectos secundarios. "Aparece un daño o complicación en cierta parte del organismo que imposibilita al individuo llevar a cabo su vida tal como solía hacerlo. Empiezan a depender parcial o totalmente de otros integrantes de la familia-grupo doméstico, lo cual genera

sentimientos de tristeza, impotencia, frustración e incertidumbre, y poco a poco se va incrementando el aislamiento social” (Mercado, et. al, 1998: 238). Los autores recurren a factores socioeconómicos para explicar la situación anterior, por ejemplo, que la estabilidad de la enfermedad se asocia más con cierto nivel socioeconómico porque se posee medios para buscar diferentes recursos terapéuticos.

Arganis (1998: 5) desarrolla la tesis de maestría “Estrategias de atención a la diabetes mellitus de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz”. El estudio parte de un supuesto: “Si bien frente al médico expresan una situación de subordinación, en el afrontamiento cotidiano de su enfermedad los pacientes actúan de acuerdo a sus propias representaciones y a las posibilidades socioeconómicas de que disponen...” De ahí que el objetivo principal del trabajo sea responder a la pregunta de, hasta qué punto las representaciones y prácticas biomédicas sobre la diabetes se han incorporado a las representaciones y prácticas de los pacientes. Para el desarrollo del trabajo combina técnicas cuantitativas para recabar información en la población abierta con técnicas cualitativas para captar las representaciones de los diferentes sectores involucrados. Recurre al concepto de *carrera del enfermo* para explicar las estrategias utilizadas por los enfermos para afrontar su padecimiento. Distingue la injerencia del género en las entrevistas cuando señala que fue mejor la comunicación y la cooperación de parte de las mujeres.

Mendoza, Et. al. (2000) indagan el nivel y tipo de conocimientos que la gente tiene sobre las causas, síntomas y consecuencias de la diabetes para conocer y comprender sus actitudes, prácticas de salud y alimentación. Respecto al

conocimiento sobre la enfermedad en primer lugar se ubicó a la diabetes como “aumento de azúcar en la sangre”; en sus causas atribuyen los corajes, los sustos, las preocupaciones; la mayoría desconoce sobre los factores de riesgo. Entre los síntomas mencionaron la boca seca, muchas sed, ganas de orinar, cansancio y baja de peso. Sobre sus consecuencias mencionaron la amputación de miembros, pérdida de la vista, “la mala cicatrización”, en general expresaron miedo por las consecuencias. Entre las formas de control mencionaron las dietas rigurosas, medicamentos, chequeos frecuentes y aplicación de insulina. En los hábitos alimenticios encontraron que entre las mujeres que el concepto de comer es satisfacerse con lo que les gusta, en tanto que los hombres respondieron que se trata de comer “para llenarse”; la mayoría desconoce, o no sabe como preparar la verdura; la mayoría incluye la “comida chatarra” y el refresco en su dieta habitual.

Cardoso (2002) desarrolla la tesis doctoral “Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcóyotl”. Se propone como objetivo describir el manejo médico para el control de la diabetes, su consideración de los factores culturales, la influencia de estos factores en la conducta de los diabéticos para el control de su enfermedad. El abordaje del estudio se realiza, según el autor, mediante la triangulación de métodos, la teoría fundamentada, la observación descriptiva y el análisis documental. Una de sus conclusiones es que sí existen factores culturales que condicionan el control de la diabetes. Si el control se encuentra en el medio sociocultural, por tanto, la persona con diabetes debe luchar contra su medio social para controlar su enfermedad.

Otro obstáculo para el tratamiento y control es el choque cultural existente entre el médico tratante y la persona enferma.

Garza, et. al. (2003) investigaron las atribuciones que la gente da a la génesis de su enfermedad. Mayoritariamente la gente lo atribuyó a un susto; en orden decreciente le siguió la atribución a un coraje, en tercer término expresaron el factor hereditario, aunque esta respuesta se asocia con gente que tiene familiares diabéticos; en octavo lugar se ubicó al consumo de azúcar como causa; a la dieta en décimo lugar; en treceavo lugar lo ocupa la obesidad y hasta en el dieciseisavo lugar al sedentarismo. Los autores concluyen que los trabajadores de la salud deben retomar las creencias y atribuciones de los pacientes para tener mayor éxito en el tratamiento.

Torres (2004) en su tesis doctoral elabora un estudio sobre las representaciones sociales de los diabéticos. Entre las principales preguntas que se plantea son: ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre el padecimiento de la diabetes en enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara?; ¿Existe diferencia en las representaciones sociales sobre salud y enfermedad de acuerdo con el género? Recurriendo a los principales estudiosos de esta teoría como Jodelet, Banchs, Ibáñez define a las representaciones sociales como los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material e ideal. Encuentra que este conocimiento tiene tres condicionantes, a saber: el contexto estructural, el género, las fuentes de información. En sus conclusiones señala, entre otros, que la representación de la diabetes involucra la totalidad de la persona (aspectos personales, familiares, laborales y sociales) y asocian su enfermedad con los estilos de vida y con la

dinámica del ambiente en que viven. En cuanto a la influencia del género señala diferencias en la aceptación del padecimiento, la causalidad, los efectos, la relación físico-emocional y las proyecciones de la vida a futuro.

De los Ríos. et. al., (2004) aplicando la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIR) intentan determinar el deterioro de la calidad de vida de enfermos diabéticos derechohabientes de una clínica del IMSS. Las áreas físicas, de interacción con el equipo médico, el área psicosocial, área sexual y relación con la pareja mostraron mayor deterioro en 43% de las personas encuestadas. Son factores de riesgo para el deterioro de la calidad de vida tener más de 5 años con diabetes, tener más de 50 años de edad y bajo nivel educativo. Se concluye que el grado de deterioro es progresivo y se asocia a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Gaytán y García. (2006) llevaron a cabo una investigación titulada “El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente” y tiene como objetivo: destacar la importancia que tiene para la práctica médica cotidiana entender el significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente y definir el modelo explicativo que los diabéticos comparten y elaboran a lo largo de su experiencia sobre las causas, síntomas, tratamientos y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. El cuestionario aplicado abarcó 4 temas, las causas de la enfermedad, los síntomas, el tratamiento y el riesgo de complicaciones; cuya elaboración estuvo guiada por una propuesta de Kleiman acerca de los *modelos explicativos de la enfermedad*. Las entrevistas se encaminaron a explorar conocimientos, creencias y valores en torno a la diabetes. Sus hallazgos: los entrevistados atribuyen como causa primaria de la diabetes al

gusto, el coraje, la mala alimentación y las preocupaciones; siguiéndole en orden de importancia la tristeza y la sensación de fatiga crónica. Entre los síntomas destacados se encuentra la sed, “la orinadera” y el cansancio. Priorizan a la dieta y las pastillas para el mejor control y tratamiento, mencionando en segundo término el ejercicio. Las complicaciones registradas por los investigadores en primer término fueron los daños al riñón, a los ojos, las amputaciones y la posibilidad de la muerte.

Moreno (2006), desarrolla su tesis doctoral en un trabajo con enfermos diabéticos hospitalizados y ambulatorios, tuvo como propósitos: conocer las circunstancias y marcos locales de regulación de los enfermos que viven su enfermedad y las exigencias del saber médico, las cuales implican transformaciones en su vida y cotidianidad, analizó también la situación de aquellos enfermos que se resisten a sufrir estas consecuencias. Su investigación se abocó a explorar los aspectos emocionales del padecimiento. Para ello realizó entrevistas a profundidad a los enfermos, sus familiares y a los médicos tratantes. Para enmarcar teóricamente su problemática incorporó el concepto de *drama social*, que recuperó de una propuesta de Turner, lo que le permitió describir y analizar el proceso que viven las personas durante el trayecto de su diagnóstico y el proceso que viven en la búsqueda de una solución o la habituación a la enfermedad. La autora habla de cuatro fases que conlleva el padecimiento, a saber:

a) La primera fase del drama social inicia con lo que denomina la brecha o grieta, fase que involucra la zozobra por la presencia de cierto malestar que presagia el inicio de una enfermedad, la cual puede tener dos resultados, o bien la noticia de

la inexistencia del problema, o la instalación de la enfermedad propiciando la progresión de una crisis que involucra, desde luego, los aspectos emocionales.

b) La segunda fase, expansión de la brecha: hacia la crisis o a la acción reconstructiva o delimitadora. Fase de encuentro con el médico quien a partir de la autoridad investida absolverá o emitirá el temido diagnóstico. “El momento en que recibe un nombre el padecer, se instala la fase de la expansión de la brecha o del conflicto del drama social” (Moreno,2006: 180)

c) Habla de una tercera fase, de reintegración o escisión, fase de reconocimiento y legitimación social de la enfermedad que escinde las relaciones entre el enfermo y su entorno social, o bien, la aceptación de la enfermedad que permite el inicio de la reconstrucción de las relaciones sociales y familiares.

3.2 La familia y el padecimiento de la diabetes

Por su carácter de enfermedad crónica y por la necesidad de cuidados complementarios a la atención médica, varios autores han reconocido la importancia de la familia para la persona que padece diabetes. Una investigación realizada por Mercado y cols. (1995) que busca demostrar el papel de la familia en el apoyo de las actividades cotidianas que demanda el cumplimiento del tratamiento, encontraron el apoyo en todos los casos, aún cuando, frecuentemente, el apoyo se reduce a ser brindado por un solo miembro de la familia; encontraron también que el apoyo brindado a los hombres es ligeramente superior al de las mujeres; las mujeres reciben apoyo tanto de varones como de las mujeres, en tanto que los hombres reciben primordialmente apoyo de parte de las mujeres.

De la O (1994) en su investigación “El impacto de la enfermedad crónica en la familia del paciente hospitalizado” encontró apoyo invariablemente de parte de la familia, aunque con diferencias en la calidad del apoyo recibido, según se trata de la pareja conyugal o de la familia extensa para quien no tenía pareja; en aquella la calidad del involucramiento afectivo fue mayor y la solución de los problemas fue más funcional

Gómez (1994) en una revisión bibliográfica, detectó que según White, los niños con pobre control de la diabetes pertenecen a familias disfuncionales o con numerosos factores disfuncionales tales como ausencia de algunos de los padres, pobres condiciones de vida, e inadecuado funcionamiento parental y conflictos familiares crónicos. Apoyándose en Anderson y cols., sostiene que las familias con niños en buen control metabólico, comparadas con aquellas con mal control, parecen tener menos conflictos, mayor cohesión, más ánimos para la autosuficiencia y mayor involucramiento parental en su responsabilidad para el cuidado de la diabetes. La misma autora, retomando los hallazgos de Gozzer y Esses, señala que cuando existe un hijo diabético en la familia, éste tiende a concentrar la atención familiar, los padres muestran mayor preocupación por él, prodigándole un trato especial. En tanto que los hermanos además de compartir esta responsabilidad, se sienten desplazados y excluidos, generándose cierto resentimiento hacia el miembro enfermo. También encuentra que en una investigación de Kellner con 346 familias británicas, que la enfermedad crónica tiene un fuerte efecto en la salud de los miembros de la familia, pasando por la infelicidad, síntomas neuróticos, enfermedades psicosomáticas y llegando, inclusive, a enfermedades físicas en otros miembros de la familia.

Rodríguez y Guerrero (1997) desarrollaron una investigación para determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en los diabéticos, parten de la primacía de un manejo cotidiano del diabético de apoyo para las indicaciones médicas, señalando lo primordial del apoyo familiar y de la información que estos poseen sobre la diabetes. Según indican, utilizaron un instrumento que obtiene información objetiva y subjetiva sobre el apoyo familiar (*Environmental barriers to adherent scales*) y un instrumento diferente para calificar el conocimiento que el enfermo y su familia poseen sobre la diabetes (*Diabetes 8*), según sus resultados, la información que las personas poseen no influye en los niveles de glucemia. En cambio, el apoyo familiar sí se asocia directamente con el comportamiento de esos niveles, los enfermos mismos calificaron como muy útil el apoyo familiar para el control de su enfermedad.

Trejo (1999) en un estudio comparativo (15 miembros de familias funcionales y 15 miembros de familias disfuncionales) al analizar la relación entre la funcionalidad de la familia y las complicaciones de la diabetes, encontró que el 100% de los diabéticos con complicaciones (insuficiencia renal crónica, IRC) formaban parte de familias disfuncionales, ninguno de ellos tomaba en cuenta las indicaciones médicas, tampoco aceptaban su enfermedad, los hombres bebían alcohol, la mayoría mostraba depresión. En tanto que en el otro grupo, de familias funcionales, 11 personas no mostraron ninguna complicación, todos recibiendo orientación sobre su enfermedad. Según esto, el miembro diabético de la familia expresa y canaliza los conflictos familiares, así la agudización (descompensaciones) de la enfermedad permite, momentáneamente, distraer la vista sobre la agudización de los conflictos familiares, concentrando la atención y

el apoyo de los miembros hacia la persona enferma. De acuerdo con la autora, es la familia el nicho ecológico primario con mayor influencia en la salud y en la enfermedad.

Arganis (2004) en su tesis doctoral aborda el tema de las representaciones, prácticas y apoyo social en las personas mayores de 60 años con diabetes, centrandó su estudio en un grupo de personas con bajos o nulos ingresos, lo cual los hace múltiplemente vulnerables requiriendo de mayores atenciones y apoyo social. Su hipótesis: las representaciones sociales son una construcción social. La biomedicina es un recurso principal de atención, pero la cronicidad de la diabetes permite su resignificación y búsqueda de otras alternativas. Que el grupo doméstico es el principal grupo de apoyo, aunque la responsabilidad entre los mismos se distribuye de manera desigual a partir de diversos factores. Sus hallazgos, aunque los ancianos comparten representaciones colectivas, la diabetes se vive de acuerdo a experiencias individuales, propiciando respuestas individuales. Que los enfermos se caracterizan por una búsqueda incesante de alternativas de tratamiento donde influyen los marcos culturales, nivel socioeconómico, cobertura de alguna institución de seguridad social. En tanto la medicina clínica atribuye responsabilidades individuales en el tratamiento de la enfermedad. Que el grupo social de apoyo por excelencia es la familia, lo cual se acentúa ante las deficiencias de las instituciones de atención. Que la atención se diferencia de acuerdo al comportamiento de la enfermedad.

Chowell y Pérez (2005) estudian los efectos de la diabetes en la dinámica familiar, partiendo del supuesto de que el grupo familiar brinda apoyo emocional y para llevar a cabo las acciones que exige el tratamiento y viceversa, cómo el

padecimiento de uno de los miembros afectan la dinámica de la familia. Aborda el trabajo con dos marcos teóricos: la teoría de la medicina social y la psicología de la familia (terapia familiar, enfoque sistémico). Además de analizar las entrevistas realizadas y determinar el rol que el diabético juega en su dinámica familiar, analiza el nivel de evolución de cada familia estudiada mediante la óptica de la teoría del ciclo de vida de la familia.

Moreno (2006) señala la importancia de la familia, sobre todo del o de la cónyuge para el control de la enfermedad. En su estudio no encontró la injerencia del género, por ejemplo en el manejo de la dieta, si bien el varón no participa en la elaboración de la comida, él apoya aceptando el esquema alimenticio de la esposa, el apoyo fundamental del varón es en materia económica, emocional e instrumental, en tanto que el apoyo de la esposa es en la elaboración de la comida. Los hombres obtienen apoyo además del de la esposa, de las hermanas, hijas, nietas. La autora encuentra que las personas solas son más vulnerables para el control de la glucemia.

Otro trabajo sobre la familia relacionada con una enfermedad es el de Scavone (1998) donde expone un aspecto de la investigación titulada “La producción de asbesto y sus consecuencias sociofamiliares”. En este trabajo expone las consecuencias en las relaciones familiares el padecimiento del esposo de una enfermedad llamada mesotelioma, muy agresiva y dolorosa que demanda la atención familiar en detrimento de sus actividades cotidianas, cambiando, en consecuencia la trayectoria de la vida familiar. El autor hace énfasis en el rol de género señalando la importancia y la vocación de la mujer en la atención de los enfermos asociado a los sentimientos amorosos. El autor refiere que lo anterior se

debe a las “relaciones fundamentadas en el poder y la dominación masculina, produciendo una división desigual del trabajo entre los sexos” (Scavone, 1998: 2), aún cuando esto no se percibe con claridad en el trabajo ya que se centra en el momento ya con el esposo enfermo, quien se encuentra desvalido.

3.3 La pareja y las enfermedades.

Con esta preocupación, otros autores rebasan la idea de la familia, en general, para observar más de cerca el papel de la pareja matrimonial en el desarrollo de la vida, así Carter y Glick (1970) observaron que las personas casadas experimentaron menores índices de mortalidad que las solteras, divorciadas o viudas. Refiere Valdez (1998) que una investigación realizada por Greenglas y Eisner, en Canadá, 1981, indagó cual es el beneficio del matrimonio y la respuesta más frecuente de ambos sexos fue que brinda compañía, apoyo y amor. Pero entrados en detalles, según esto, los hombres esperan más compañía, colaboración y solidaridad; en tanto que las mujeres se inclinaron más por la seguridad económica y emocional. Según Valdez (1998) con base en su propia investigación, las mujeres cuando se enferman esperan comprensión y apoyo de parte de su esposo para asistir al médico; los hombres, por su lado, no perciben aquellas demandas o no hacen el esfuerzo de entender y no se comprometen.

Huerta y Peña (2006) realizan un estudio pionero vinculando las implicaciones de una enfermedad crónica degenerativa como la insuficiencia renal crónica (IRC) y la relación de pareja, con lo cual se proponen analizar el impacto de la enfermedad en la redefinición de las identidades del enfermo; estudiar el impacto de la IRC en la redefinición del “contrato conyugal” (acuerdos que se establecen

en toda relación de pareja) a partir de la presencia de la enfermedad. Concluye que las nuevas identidades de género y los nuevos perfiles epidemiológicos han repercutido en el cambio de roles, afectando la funcionalidad familiar. Así los caminos de la relación de la pareja pueden tomar cauces hacia la solidaridad, compromiso y cohesión familiar; o hacia el abandono, suicidios o disgregación familiar. El estudio realizado encuentra diferente papel y trato hacia el enfermo, según su género, en esto contó también el nivel educativo de la persona ya como paciente o como compañero (a) del enfermo.

3.4 Pareja, género y salud

Respecto a la pregunta sobre quien se enferma más, Valdéz (1998), citando a Helsing, Szklo y Comstock, (1981) encuentra que la viudez incrementa el riesgo de morir entre los varones, más que entre las mujeres. ¿Mayor dependencia del hombre hacia la mujer? Esto es muy probable cuando observamos la coincidencia de varios autores en el sentido de identificar a la mujer como la cuidadora del resto de los miembros de su familia (Underson, 1983; Doherty y Baird, 1983; Rolfs; Borrell y Fonseca, 2000; Chávez s/f).

Frente a la declaración de los síntomas de una enfermedad, Rolfs; Borrell y Fonseca, (2000) refieren que existen dos posiciones, aquella que señala que los niveles de salud o enfermedad son más un asunto de percepción, así, las mujeres admiten con mayor facilidad la presencia de síntomas, y que hay una tendencia entre los hombres a negar las enfermedades crónicas más serias. Por su lado, (Macintyre, 1999) contradice esta afirmación, al decir que no existen pruebas fundadas en el sentido de que las mujeres reportan con mayor facilidad sus

enfermedades y recomienda realizar exámenes clínicos o pruebas diagnósticas para conocer la objetividad o subjetividad de las declaraciones. Una investigación realizada por Chávez (s/f) entre enfermos con tuberculosis, señala que los hombres son menos hábiles para buscar asistencia en el hospital, pero al llegar a la consulta son los que más síntomas refieren. En cambio las mujeres, son las principales demandantes, conocen más sobre las enfermedades y presentan mayores habilidades para demandar atención médica. En este estudio, el autor detectó la manera en que la enfermedad afecta emocionalmente a hombres como a mujeres, aquéllos por el sentido del mundo en que viven, no les es posible aceptar la enfermedad y cuando esto es inevitable e inocultable, entonces el hombre es afectado en su integridad y provoca que se “derrumbe” emocionalmente, porque la enfermedad se convierte en un proceso estigmatizante. En cambio, en la mujer se capta mayor resignación y sabe que parte de ella está enferma y no su integridad. En el estudio de las representaciones sociales sobre la diabetes Torres (2004) encuentra que los varones manifiestan un tipo de rechazo activo, mientras que el rechazo que muestran las mujeres es pasivo.

En cuanto a los motivos para conservar o no perder la salud, según Chávez, los hombres esgrimen su condición de proveedores, en tanto que las mujeres lo hacen como cuidadoras. Valdez en su estudio encuentra que el concepto de salud implica para las mujeres la capacidad de realizar sus actividades cotidianas; por su parte Torres detectó la preocupación de los hombres porque la enfermedad afecta el aspecto social de su vida.

Capítulo 4

Las categorías del trabajo

4.1 Curso de vida

La perspectiva del curso de vida tiene entre sus preocupaciones fundamentales la recuperación del estudio del movimiento y la presencia del tiempo en las acciones y fenómenos, de ahí la posibilidad de caracterización de sus estudios como longitudinales y dinámicos (Blanco, 2002), por un lado, y por otro, la consideración de los múltiples vínculos y determinaciones de los eventos o motivos de acción de las personas, con ello recupera la categoría de contexto como telón de fondo en el desarrollo de los fenómenos estudiados (Caballero, 2004). En este sentido se puede afirmar que la situación de las personas, en el momento de los estudios, se explican en mucho por sus acciones o circunstancias pasadas, y, al mismo tiempo, estas acciones no se dan en el vacío, tienen una ubicación histórica y se vinculan con el contexto de tipo político, social, cultural, demográfico, étnico, de género, etc. los cuales inciden de diferente manera y en diferentes grados sobre estas acciones o fenómenos. De ahí entonces que entre sus principales instrumentos conceptuales se cuenten los de trayectoria, transiciones y vínculos. De esta suerte se puede afirmar que el enfoque de curso de vida pretende hacer el seguimiento de las trayectorias y transiciones de los individuos, esto es, de sus posiciones y roles en cierto tiempo y de los cambios a lo largo de ciertas fases de la vida (Aznar, 2000) y por otro lado se trata de la vinculación de la vida de las personas con el cambio social (Elder y Pellerin, 1998).

Otras metodologías, aún cuando consideran los elementos históricos, observan y analizan a las estructuras o los grupos como grandes bloques monolíticos sin

considerar sus movimientos y variabilidades internas. El enfoque de curso de vida sí trata de recuperar estos aspectos, lo cual refleja la complejidad de las situaciones y los movimientos. El procedimiento conceptual de este enfoque es la desagregación de la actividad de los individuos en diferentes trayectorias, es decir, considera a los individuos por sus actividades y roles desempeñados a lo largo de su curso de vida (trayectoria laboral, trayectoria educativa, trayectoria nupcial, etc.) Las trayectorias no siempre son lineales, sobre todo en el caso de las mujeres (Blanco, 2002, Caballero, 2004) lo cual significa que una persona puede alternar varias trayectorias a la vez. En el curso de la vida de las personas las trayectorias pueden entrelazarse, influir una sobre otra o sustituir una a otra (Caballero, 2004, Aznar, 2000; Blanco, 2002), así, el entrelazamiento, anulación entre ellas, inicio de una nueva depende de las historias individuales, las historias familiares y/o el contexto macro. De esta manera, “Se hace necesario observar la historia de cada individuo sobre el tiempo, examinar las opciones de él o ella hechas en las cambiantes fuerzas económicas, demográficas, ambientales y culturales influenciadas por las decisiones y experiencias de las personas” (Kertzer, 2007: 4), por ejemplo, la edad de las personas no es únicamente un dato cuantitativo del proceso biológico, sino una información que permite su nivel de desarrollo, sus formas y recursos para vivir y enfrentar los retos y/o oportunidades que ofrece la vida y/o el medio circundante. No reporta las mismas experiencias ni las mismas consecuencias vivir los efectos de un evento determinado en la niñez, que en la adolescencia o la adultez. Por otro lado, no podemos hablar de variaciones en el tiempo si no tenemos con qué comparar (Caballero, 2007). El dato relevante resulta, por tanto, de la observación de una información como la edad a la luz de

determinado evento pertinente¹⁰. Por eso Elder Jr. (1978) sugiere que “...en la especificación de los productos y procesos del cambio social en los patrones familiares, debemos empezar por conocer los eventos históricos y su relevancia para las carreras interdependientes y los escenarios de vida de los miembros de la familia” (Pág. 36)¹¹. Todo lo anterior pasa por el filtro del género, la etnia, el grupo social (Caballero, 2007). En este caso, no son los mismos efectos de la gran depresión económica a la edad de trabajar siendo mujer que siendo varón; ni son los mismos efectos para los pertenecientes a determinada etnia que los grupos anglosajones en los Estados Unidos. Esto es, un movimiento o situación que parece impactar de igual manera a un conglomerado. No es así. Un mayor acercamiento con las herramientas conceptuales adecuadas permite apreciar que al interior de este conglomerado existen clases sociales, etnias, diferencias de género o grupos etarios que se afectan de diferente manera y en diferentes grados.

El enfoque de curso de vida, por tanto, parte de algunas premisas, a saber:

- Los hechos o circunstancias que los individuos viven son considerados en tres planos, el más general el nacimiento y la muerte que compartimos todos los seres humanos, un siguiente plano es el desglose que normativamente se considera pasa cada individuo, el nacimiento, la niñez,

¹⁰ Giel y Elder jr. (1998: 9) , refieren esta situación cuando hablan de “..., los niños que vivieron la gran depresión [es decir, la gran depresión económica de los años 30’s en los Estados Unidos] experimentaron una era histórica que fue distintiva comparada a la experiencia de niños que nacieron después y ellos sufrieron problemas diferenciales dependiendo de la severidad de las condiciones donde ellos crecieron”.

¹¹ Según esto en la conjugación y operacionalización del significado tiempo histórico y edad se desprenden tres dimensiones: *período* (el distintivo histórico y cultural de los eventos experimentado por las personas de una edad y cohorte dado), *cohorte* (la porción de la vida donde experimentaron), y *edad* (el tiempo biológico y de desarrollo desde el nacimiento de los individuos).

la adolescencia, la adultez, la vejez y la muerte, y dentro de estos marcos las situaciones y particularidades que cada individuo vive o las diferentes formas y grados en que cada individuo vive aquellas situaciones.

- Considera la yuxtaposición de tres tiempos el tiempo social, es decir el de las grandes estructuras, el tiempo familiar y el tiempo individual.
- Tres ejes organizadores, trayectoria, transiciones y vínculos (Caballero, 2007)

Los estudios más conocidos son los estudios de las macroestructuras y su vínculo con algunos grupos de personas o cohortes, como sería el estudio del efecto de la crisis económica sobre determinado cohorte o generación de personas, con esto se permitiría superar la visión homogénea que los estudios arrojan de los grupos en primera instancia. Los estudios con enfoque de curso de vida desagregan las actividades o roles desempeñados en las trayectorias. Se trata de un enfoque aplicado inicialmente a los estudios demográficos, así se puede hablar de los nacimientos, la nupcialidad, la escolaridad. Los estudios de este corte realizados en México se han apoyado en encuestas a gran escala como son las encuestas nacionales, de estos datos obtienen una cohorte. Para analizar el comportamiento, desarrollo o evolución del grupo en determinados aspectos de su curso de vida se desagrega en trayectorias (educativa, matrimonial, matrimonial, reproductiva, laboral, etc.)¹² Se observa cómo es el comportamiento del nivel

¹² Aunque en estricto no se trata de una trayectoria en el sentido de reflejar lo que hacen los grupos a lo largo del tiempo. Más bien aporta información para observar lo hecho o lo que tiene una cohorte en un determinado momento, comparándolo con cohortes de otras fechas de nacimiento o de otros niveles socioeconómicos. Al interior de cada cohorte se hacen cruces de trayectorias por ejemplo, observar la influencia de determinada trayectoria educativa sobre la trayectoria laboral, o qué implicación tiene la trayectoria matrimonial sobre la trayectoria laboral, etc. (Tuirán, 2001). El análisis de una trayectoria en el sentido de rastrear la secuencias de acciones o de hechos vividos por una persona o varias personas a lo largo del tiempo sólo es posible hacerlo

educativo de una cohorte de personas que nacieron en determinado año o período, al interior de cada cohorte es posible observar el vínculo entre el nivel educativo y la nupcialidad o el empleo. También es posible desagregar los grandes grupos por estratos sociales para observar los diferentes impactos de los fenómenos o eventos en el comportamiento de estos grupos o subgrupos en estudio (Tuirán, 2002). En años recientes algunos estudios se han inclinado para estudiar las trayectorias laborales, teniendo como punto de atención el caso de las mujeres (visión de género) que, se dice, exhiben trayectorias más complejas en relación con las trayectorias de los hombres, ya que su curso de vida se aprecia estar atravesados por otros roles como el de ser madres o esposas, lo cual frecuentemente propicia la interrupción de la trayectoria laboral o se traslapan con la última (Blanco y Pacheco, 2002).

Más recientemente los trabajos de tipo macro han admitido la visión micro y la aplicación de investigación de corte cualitativo al grado de hablar de trabajos mixtos, es decir, la aplicación es estudios cuantitativos combinados con técnicas cualitativas.

Algunos autores señalan la potencialidad del enfoque curso de vida para abordar el estudio tanto de estructuras macro como de las micro (Aznar, 2000). Según Caballero (2004) a pesar de que el enfoque refiere, inicialmente, la vinculación entre las personas y los cambios sociales a nivel macro, también ayudan a analizar la vinculación entre la vida de las personas y los cambios en el plano familiar y personal. En el plano macro permite desagregar a los grandes grupos

en las entrevistas a profundidad por implicar información a detalle del curso que tienen las vidas de las personas.

dentro de los cohortes y superar la visión de bloque monolítico, lo cual enriquece el conocimiento de los grupos y subgrupos, pero siguen siendo grupos muy gruesos, grupos que parecen homogéneos. Un acercamiento mayor a grupos más pequeños permite captar la diversidad interna y esto sólo se capta con estudios a nivel micro y estudios de tipo cualitativo (Blanco, 2002), el cual también permite captar el sentido o las motivaciones de tales trayectorias o sus consecuencias.

Desde la década de los 70 se iniciaron los estudios que combinan los resultados de la aplicación de encuestas de gran tamaño con estudios de historias de vida, de este corte se atribuye el estudio de Balam, en 1977 que indaga sobre migración, movilidad ocupacional y la experiencia que implican estos movimientos (Blanco, 2002); en esta misma línea de trabajos mixtos se ubica el trabajo de Muñoz, Oliveira y Stern en 1977, análisis de cohorte e historias de vida; según esto, una encuesta aplicada por Escobar en 1986 para analizar la movilidad laboral en la ciudad de Guadalajara derivó en una pequeña muestra sobre la cual aplicaron técnicas cualitativas (Blanco, 2002).

Los trabajos que se despegaron de los estudios cuantitativos para abocarse exclusivamente al análisis cualitativo generaron su propia información mediante entrevistas, se atribuyen a Quilodrán en 1996 para analizar trayectorias laborales. Ojeda en 1995 analizó los procesos de formación de las llamadas “familias transfronterizas” en el norte del país trabajando con historias de vida. (Blanco, 2002). Blanco (2002) observa la trayectoria de doce mujeres de clase media urbana nacidas en el primer tercio de la década de los 50's. analiza el entrelazamiento, continuidad y traslape de cada una de las trayectorias. Lo hace mediante entrevistas a profundidad. Caballero (2004), analiza la trayectoria de tres

generaciones de mujeres (abuelas, madres, nietas) y observa los cambios que se registran en cada generación respecto a la trayectoria educativa, laboral, nupcial y reproductiva. Estas últimas investigaciones han tenido como centro de atención el desempeño de las mujeres con una visión de género, señalando la gran diferencia con las trayectorias de los hombres, quienes en su calidad de proveedores tienen definido su trayectoria laboral, lo que no sucede con las mujeres que deben combinar sus trayectorias. Señala Blanco (2002) que este tipo de estudios develan la gran variabilidad interna que presentan los grupos cuyo análisis en bloque aparentan homogeneidad.

En el nivel micro, por antonomasia, la unidad de análisis del enfoque de curso de vida es la familia (Ojeda de la Peña, 1989; Aznar, 2000; Tuirán, 2001; Oliveira y Ariza, 2001; Caballero, 2007), quizás por tratarse del grupo primario donde se generan y expresan, de manera inmediata, las acciones y los atributos de las personas, así como las consecuencias de las mismas. La aplicación de los conceptos de trayectorias, transiciones y vínculos enriquece la visión de la familia como cuerpo, permite observar al grupo familiar dinámicamente, en movimiento interior y ya con esta rica visión captarlo en su contexto, con una ubicación en el tiempo. Para contemplar estos movimientos y cambios de la familia, analíticamente desagrega a esta en sus componentes unitarios, es decir, el análisis del curso individual, y así, estar en posibilidades de hacer el seguimiento del desarrollo y desempeño de cada individuo a través de sus diversos roles a lo largo de su curso de vida (trayectorias) (Aznar, 2000; Caballero, 2007; Elder, 1985). Una vez hecho el análisis, con la información de cada uno de sus miembros en forma paralela inicia el camino de regreso hacia la reintegración del grupo

familiar, para ello se identifican los vínculos, las intersecciones, los entrelazamientos de los cursos de vida de los miembros. Lo anterior da paso para representar a la familia en sus complejas relaciones e interacciones internas y con el exterior y su marco sociohistórico y cultural. Estas relaciones y movimientos se observan a través del tiempo, tanto para conocer la duración de los cambios, transformaciones o continuidades de los fenómenos (timing) como para conocer su ubicación histórica (Caballero, 2007).

Las categorías del concepto de curso de vida

Trayectorias.

Uno de los méritos de la metodología del curso de vida es el intento de recuperación de la complejidad y dinamismo de la realidad en la estructura y funcionamiento del grupo familiar, lo cual no es posible captarlo en bloque sin el riesgo de caer en esquematizaciones y mecanizaciones como el caso de la perspectiva del *ciclo vital de la familia*. Por ello mismo el método del curso de vida procede a la desagregación, con fines analíticos, de los componentes del grupo familiar hasta observar el comportamiento y la vida del individuo¹³. Al mismo tiempo el curso de vida de los individuos es multidimensional, porque conlleva la concurrencia o el desempeño de múltiples roles en los diferentes dominios institucionales de la sociedad. “La historia de vida de los individuos es, por tanto,

¹³ Aunque a decir de los estudiosos, este procedimiento ha recibido críticas por centrarse en el individuo y considerarlo de libre albedrío en medio de las necesidades y decisiones del grupo familiar. Según esto, “...en lugar de conceptualizar a la familia como unidad organizativa [actuante cohesionadamente] en cada etapa de su desarrollo, la perspectiva del curso de vida la concibe como una pequeña colectividad de individuos interactuantes [...], pero no asume mecánicamente que las metas y objetivos del colectivo prevalecen sobre las decisiones y preferencias de los individuos. El análisis deja espacio para el conflicto, la negociación y el compromiso entre los miembros de la familia en cada momento de su desarrollo” (Tuirán, 2001: 55)

el producto de múltiples trayectorias, cada una definida por un calendario particular y una secuencia de eventos, historias de educación y trabajo, matrimonio y paternidad, residencia y compromiso cívico” (Elder, 1985, citado por Tuirán, 2001: 53). Por tanto, observar el proceso de vida de una persona implica la desagregación de las vivencias y del desempeño de roles por parte de los individuos en itinerarios particulares, pero no de forma aislada ni lineal (Guzmán, 1999), las trayectorias se hallan interrelacionadas (Caballero, 2007), frecuentemente se hallan superpuestas o inclusive pueden conflictuarse entre una y otra, por ejemplo, en el caso de las hijas, puede sobrevenir un embarazo durante la adolescencia o puede llegar el matrimonio antes de la independencia económica del hijo (Elder jr. 1978), lo cual se conflictuaría con el resto de sus roles. Caballero, (2004) indica que para estudiar las distintas funciones de las trayectorias, se debe analizar su inicio y desarrollo, observar si existe continuidad o discontinuidad de las distintas trayectorias; si existe una secuencia o no de las distintas trayectorias; si existe interdependencia o relación entre las distintas trayectorias; observar además si algunas de las trayectorias se constituye en hilo conductor del resto.

La conceptualización de las trayectorias ha abarcado dos vertientes, una que retoma los elementos externos al individuo y otra considera a las trayectorias como producto de las acciones de los individuos, en algunas ocasiones de forma dicotómica, en otras de forma complementaria, por ejemplo, aquella que la considera como una senda que “los individuos siguen a lo largo de sus vidas en diferentes ámbitos institucionales...o una sucesión de eventos con una determinada variable” (Aznar, 2000: 36). También son percibidas como: “...las

diferentes carreras o caminos [que recorre o realiza el individuo] en distintos ámbitos o dominios, por ejemplo: el educativo, el laboral, el conyugal o el reproductivo” (Caballero, 2007: 71). Según Salazar (2006) las trayectorias pueden “...pensarse como cursos específicos de acción cotidiana que van configurando el tránsito del individuo particular en los ‘campos sociales’ de realización: laboral, afectivo, residencial, religioso, etc.”. Otros autores las consideran como una cuestión inherente al individuo. De acuerdo con Elder, jr (1978: 22-23) las trayectorias son,

...en un sentido más general como un atributo del individuo, las carreras refieren a la secuencia de actividades o roles a través de las redes sociales y el medio circundante...una carrera es equivalente a una historia de vida en cada rol, tal como el matrimonio, la paternidad, el consumo o el trabajo.

Al tomarlas como acciones, algunos autores han hecho explícito la participación del individuo como sujeto considerando entonces a las trayectorias como “un flujo de experiencias” (Aznar, 2000). Aunque hay que decir, por otro lado, que las acciones no son resultado de un total libre albedrío de los individuos, existen condicionantes y restricciones externas e internas que propician el trazado de los itinerarios.

Las trayectorias se estructuran por las realidades de los tiempos históricos y las circunstancias; por las oportunidades, presiones normativas y requerimientos adaptativos de situaciones alteradas; y por aquellas expectativas, compromisos y recursos que son conducidos hacia estas situaciones” (Elder, jr, 1978: 23).

Con todo lo anterior podemos decir, parafraseando a Guzmán et. al, (1999) que las trayectorias son los cursos y orientaciones que toman las vidas de los individuos como resultado de las prácticas desplegadas por las personas en

situaciones específicas a través del tiempo. Acciones y prácticas de naturaleza consciente o inconsciente, realizadas de manera voluntaria o involuntariamente, que pasan por el filtro de la subjetividad de las personas. Según esto, los itinerarios están constituidos por acciones y prácticas animadas desde las representaciones y significaciones de los sujetos. En este concepto, por tanto, se conjugan elementos internos y externos a los individuos y este se instaura como una mediación. Los que se constituyen en datos observables engarzándose sobre el tiempo son acciones externadas por parte de los individuos cargadas de sentido y significación. Por tanto las trayectorias dan cuenta del curso de las acciones en determinados ámbitos.

Transiciones

Pero las trayectorias a pesar de dar cuenta sobre hechos y eventos secuenciales ni son lineales, ni son continuas totalmente. Estas pueden cambiar su curso moderada o radicalmente, interrumpirse o cancelarse e iniciar otra durante el curso de vida de las personas o las familias. Por ello la categoría de trayectorias lleva consigo a la categoría de transiciones porque toma en cuenta los movimientos de los individuos y las familias a lo largo de su vida dentro de los cronogramas socialmente contruidos (Aznar, 2000; Caballero, 2007). Al decir socialmente contruidos los eventos marcadores, productores de crisis o movimientos de inflexión, se hace referencia a su carácter normativo, por ejemplo, un bautizo, una boda, el nacimiento de un hijo, etc.¹⁴, y las características de su

¹⁴ Según Tuirán, "...las transiciones del curso de vida representan sucesivos marcadores biográficos en el camino que los individuos transitan desde su nacimiento hasta su muerte. Dichas transiciones suponen

ocurrencia dependen de la clase social, tradición cultural, la generación de pertenencia, etc. Quien abarca de manera comprensiva la idea de las transiciones es Salazar refiriéndolo de esta manera:

...en el desarrollo de la vida cotidiana de los individuos particulares, de su realidad concreta, en el marco de sus reproducciones cotidianas se asumen transiciones y cambios pautados socialmente que significan cambios de posición, nuevas funciones y actividades y que se desenvuelven en estrecha relación con el mundo doméstico e instituciones extradomésticas. Su ocurrencia normativa dependerá del sector de clase, de la tradición cultural, de la generación a la que pertenece,...y que a su vez garantizan su reproducción en las diferentes `fases de la vida. (Salazar, 2006: 62).

Al señalar el carácter normativo de las transiciones, son eventos entonces esperados cuyos impactos, mayores o menores, en las trayectorias también son esperados. Algunos autores dejan entrever la inclusión en esta categoría de todo tipo eventos que impliquen cambios de diferente magnitud, atribuyéndole la responsabilidad de las crisis, las inflexiones o los nuevos comienzos (Caballero, 2007). Salazar distingue la magnitud de los eventos y el gradiente de los cambios; en este sentido retoma a Hareven y Masaoka para discernir entre las transiciones y los ´puntos de cambio`, a la primera la entiende como el paso de los individuos y de las familias a las etapas socialmente construidas y como tal la percibe como transiciones normativas y/ o normadas. Distingue a la segunda por su grado de impacto implicando un quiebre, una crisis, un cambio drástico, una interrupción, una discontinuidad registrable como tal en el curso de vida, por lo cual puede

movimientos en el interior o entre dominios institucionales específicos, la separación de, o la integración a esferas particulares de actividad y alguna medida de rechazo, adaptación o aceptación de una nueva configuración de roles y status”(Tuirán, 2001: 54).

redireccionar, cambiar o alterar las trayectorias, pero sin comprometer el curso de vida¹⁵. Esto es, puede alterar una o varias trayectorias pero no el curso de vida completo del individuo o de la familia, por ejemplo el embarazo de una adolescente, la llegada de una enfermedad crónica de cierta gravedad. Pero el impacto de los eventos de cambio y la gravedad de sus consecuencias no paran ahí, cuya posibilidad analítica se debe contemplar, de ahí que ella introduce el concepto de ruptura, según el cual,

...implica procesos de cambio drástico en tanto no refiere a una transición voluntaria y concertada del individuo, sino al paso inmediato de una condición existencial a otra... La ruptura ocurre cuando se alteran significativamente en los ámbitos conyugal, personal, familiar, laboral, comunitario...las representaciones concretas..., que se validan en el medio social inmediato¹⁶ (Salazar, 2006: 66).

Esta situación puede hacer referencia a la muerte inesperada de un miembro pilar de la familia, por ejemplo la del padre o la madre en la etapa de la niñez de los hijos; una catástrofe natural que mata a miembros de la familia o al menos los deja sin casa; la llegada de una enfermedad como el sida, que además de su gravedad implica el estigma social. La autora desarrolla este concepto para abordar la situación derivada de la guerrilla en Colombia: el asesinato de personas involucradas, la persecución y la necesidad de cambio de residencia de los

¹⁵ Según esto, "...el concepto de punto de quiebre permite establecer conexiones dinámicas...el impacto en lo individual de un determinante macro, mediadas estas dos instancias por el filtro de instituciones u organizaciones que actúan como instancia media, por ejemplo la familia, una organización política, etc... permite una entrada teórica-metodológica observar y comprender discontinuidades en trayectorias específicas sin comprometer totalmente el curso de vida del individuo...(Salazar, 2006: 72)

¹⁶ La ruptura hace referencia "...a las acción de rompimiento,...fracturación..., refiriéndose al resquebrajamiento y quizás al relajamiento también de formas de funcionamiento social validadas institucionalmente. La ruptura hace referencia a la erosión de los pactos sociales, al desligamiento en los individuos del sentido que fundamentaba su adscripción a éstos

familiares sobrevivientes. Es decir cambios drásticos en el curso de vida de las personas, nos referimos entonces a las catástrofes¹⁷. Para retomar la trayectoria o iniciar otra, la autora incluye el concepto de *restauración* entendida como el camino para retomar el curso de vida, según el cual involucra dos temporalidades, las acciones inmediatas cotidianas y las acciones a mediano plazo.

Vínculos.

La categoría de vínculos, permite la reintegración de las ideas desarrolladas para captar los fenómenos en su integralidad y complejidad.¹⁸ Se trata de que las trayectorias, transiciones, rupturas y restauraciones no se dan ni lineal, ni aisladamente, sino de manera interrelacionada. Hay entrecruzamientos e influencias entre ellas, tanto al interior de los cursos de vidas individuales, entre los cursos de vida de los integrantes de la familia, como entre éstas y el marco sociocultural en que se desenvuelven. De esta manera podemos observar:

- Intersección entre trayectorias y transiciones dentro del curso de vida individual;
 - Interdependencia entre las diferentes trayectorias de los miembros de la familia (vgr., la del marido y de su cónyuge, la de los hijos, padres y abuelos, etc.).
 - El vínculo entre la trayectoria individual y el desarrollo del colectivo familiar;
- y

¹⁷ Se trata de un "...suceso...que origina un cambio radical en la vida del sujeto y a menudo una ´ruptura´en su trayectoria de vida" (Le grand, 1999, citado por Salazar, 2006: 64). O un cambio radical en la vida cotidiana (Heller, citado por Salazar, 2006: 64)

¹⁸ "Todos los niveles de acción social (cultural, institucional, social, psicológica y sociobiológica) interactúa e influye mutuamente a cada uno, no solamente como partes de un todo, sino también como resultado de los contactos con otras personas quienes trazan experiencias similares"(Giele y Elder, 1982: 9)

- la compleja interacción entre los tres aspectos ya indicados y el cambio sociohistórico (Elder, 1985, citado por Tuirán, 2001: 53).

En esta idea se distinguen tres niveles de análisis, que son: el individuo, la familia y la sociedad. Los estudios realizados por Elder se caracterizan por establecer la vinculación entre los eventos a nivel macro, por ejemplo estudio de los efectos de la gran depresión económica o la Segunda Guerra Mundial en un grupo de individuos décadas después. Elder y Pellerin (1998: 273) proponen 5 principios que rigen las vinculaciones:

- ✓ *Los ciclos de control* que hace referencia a la relación entre las presiones externas y las necesidades individuales de las personas, implica entonces el intento de recuperar el control de una situación que los cambios externos le provocan, un término equivalente al concepto de restauración señalada líneas arriba. Se trataría, por ejemplo, de que las viudas provocadas por la violencia estatal ante la existencia de la guerrilla recuperaran el control perdido de su vida.
- ✓ *Imperativos situacionales* implican los requerimientos o demandas conductuales de una nueva situación, siguiendo esta misma línea de ideas, las viudas de la guerrilla tuvieron el imperativo de cambiar de lugar de residencia ante las persecuciones de que fueron objeto por parte del Estado.
- ✓ *La acentuación de principios* refiere a la amplificación de los atributos individuales y relacionales, tales como la capacidad para hacer frente a las circunstancias de la vida y la calidad de las relaciones maritales durante los períodos transicionales; las bajas capacidades para

hacer frente a las circunstancias de la vida y la pobre calidad de las relaciones maritales frecuentemente se acentúan durante períodos de estrés.

- ✓ *Distinción de etapas de vida* se refiere a que los cambios sociales y ambientales tienen distinto efecto según la etapa en que se encuentra el individuo.
- ✓ *Vidas interdependientes*, es decir, las repercusiones en la vida de una persona por un cambio que el ambiente impone a otro miembro de la familia, esto es más notorio en la etapa de la niñez, cuando los niños son más dependientes de los adultos, por tanto, sus cursos de vida se ven profundamente marcados cuando se afecta la de sus padres.

4.2 Las relaciones de pareja

Sobre la definición de pareja conyugal

Se entiende, de principio, a la pareja como la relación de dos personas que conviven, interactúan e integran en un contexto con expectativas de continuidad temporal, dándose una interdependencia mutua, por lo cual se dice que llegan a constituir una unidad y, por ello mismo, se observan impactos en sus personalidades. En nuestra sociedad actual, a la unión se le agrega el ingrediente del amor como elemento vinculante (Moreno, et. al. 2002).¹⁹ Los anteriores son

¹⁹ Troya, (2000) ubica la difusión masiva de la pareja romántica a partir de la segunda posguerra, colocando en un espacio privilegiado a las manifestaciones de la sexualidad, esta situación se ve favorecida por el surgimiento de los adelantos tecnológicos médicos que posibilitan la separación del aspecto placentero de la sexualidad, y su aspecto reproductivo (Campuzano, 1993; Troya, 2000). En las últimas décadas la difusión de

elementos que configuran una idea de pareja, aunque para pensar en la pareja conyugal, objeto de este trabajo, se requiere señalar, además, que se trata de una pareja heterosexual que cohabita compartiendo muchos aspectos de la vida como la sexualidad, la economía, proyecto de vida, etc. y, frecuentemente, tienen fines procreativos. A menudo la pareja conyugal se convierte en una pareja matrimonial, para ello se integra un tercer elemento externo que es la participación del Estado para sancionar, regular y legitimar la unión (Moreno et. al, 2002.); en tanto que la pareja como unión primigenia tiene una vinculación de origen voluntario, aunque esto no la exima de obligaciones que la sociedad establece para la relación y sus consecuencias.

Se dice que la integración de la pareja tiene fines sentimentales, existenciales y/o instrumentales, un tema abordado desde diversos campos como la sociología, psicología o filosofía. La literatura ha resaltado los aspectos positivos como el hecho de que la pareja brinda compañía para escapar de la soledad y el aislamiento, es la plataforma para el crecimiento personal y la posibilidad del apoyo material y emocional (Rage, 1987). La relación de pareja a decir de Troya, también contiene los gérmenes que conducen a la restricción de la libertad individual; crea rutina, aburrimiento, frustraciones; genera culpas, resentimiento, que pueden conducir a agresiones entre sus miembros. En el desarrollo de la dinámica de la pareja pueden incidir la edad, la situación socioeconómica, la etnia, la cultura, las relaciones de género, la enfermedad, el rol de los miembros, etc.

esta modalidad de pareja ha sido amplia e intensa, difundida por los medios masivos de comunicación y por la educación formal e informal a todos los grupos sociales y étnicos; pero difícilmente, el amor romántico puede hacerse extensivo a todos los grupos sociales como tal.

La pareja y el amor

Si se descartan los factores externos en la unión como las obligaciones que imponen el Estado y/o la iglesia, ¿Es suficiente la voluntad de sus integrantes?

Uno de los ingredientes principales que, se cree, constituye el cemento de la unión, es el elemento amor (González, 1979; Troya, 2000; Campuzano, 1993; Rage, 1987; Araneda. Et. Al, 2002; Azócar y Yanjarí, 2002). ¿Qué es el amor? ¿Cómo y en qué términos desglosarlo en variable e indicadores? Araneda admite como amor la inclinación de uno o ambos miembros de la pareja a “atenderse mutuamente; preocuparse por el otro, desearse uno al otro, cariño, cuidado, delicadeza, estar pensando en la pareja, (...) evitar los roces, acompañarse y pasarla bien. (Araneda. et. al: 2002: 45). Azócar y Yanjarí (2002) lo definen como persecución de la plenitud y completud en el contacto íntimo con el otro, en la aventura de conocerlo y compartir la vida con él. Rage (1987) citando a Blanton refiere que... “El amor entre hombre y mujer puede definirse como una relación en la que cada cual ayuda al otro a conservar y acrecentar la vida del otro”. Esta búsqueda alcanza a Maslow, para quien el amor es que, “la persona siente las necesidades del otro como si fueran las propias, siente también las propias como si pertenecieran al otro” (Rage, 1987: 68).

A mi entender, lo dicho hasta el momento no permite caracterizar el amor y distinguirlo de otros sentimientos como el afecto o la solidaridad. En este intento, otros autores le añaden algún adjetivo para diferenciarlo y hablar, por ejemplo, de amor pasional, la cual se caracteriza por, “...una alta carga emocional, donde entran en juego aspectos fisiológicos y está basado en las necesidades hedónicas

humanas que se representan a través de un intenso anhelo de unión con el otro” (Díaz Loving, 2002: 69). Moreno et al. (2002) prefieren hablar de enamoramiento:

Sentimiento subjetivo de felicidad acompañado paradójicamente de un auto suplicio por ansiedad, supervaloración del objeto amado, con subvaloración de la realidad, exclusividad, con concentración de la atención, dependencia psíquica del elemento amado... (Moreno et al, 2002: 45)

Otra clasificación puede ser la de amor romántico y amor maduro, esta idea es atribuida a Eric Fromm, quien señala que el amor romántico contiene un alto grado de idealización, tratándose de la búsqueda de un compañero ideal, que personifica todas las perfecciones y los atributos divinos que el propio individuo cree necesitar (Rage, 1987). Troya, lo describe como aquél donde la pareja vive su mundo ideal no importándoles subvertir las reglas sociales circundantes, ellos viven en un mundo aparte en cuyo interior está el “nosotros”, en el exterior está todos "ellos". A decir de los autores, se trata de un estado cuasi-patológico, de obnubilación, que produce felicidad, idealización de la otra persona y abstracción de la realidad, otros dicen que también produce dolor, angustia por temor a la pérdida del ser amado (Azócar y Yanjarí, 2002).

En tanto, el amor maduro lo conciben como producto de la combinación de sentimientos afectivos, decisiones racionales o muy cercanos a lo racional y relación fraterna “conocimiento del compañero amado”, valoración realista y vivencia de experiencias mutuas (Fromm, Maslow), se añade que es una expresión de cariño menos apasionado, compartiendo responsabilidades (Araneda et al., 2002). Moreno et al. prefieren hablar de “amoramiento, de una relación afectiva madura”.

Toda la discusión anterior se centra en la preocupación por la persistencia de la pareja, según esto, el enamoramiento o amor altamente idealizado conduce a problemas posteriores o al rompimiento de las relaciones; en cambio el “amor maduro”²⁰ tendría todos los elementos para propiciar la adaptación, “enriquecimiento, desarrollo y continuidad de la pareja (Moreno et al., 2002)

Por otro lado, amor apasionado o amor maduro son finalmente los ingredientes que los estudiosos añaden a la pareja para distinguirla de otras formas de asociación o vínculo, concepto que, sin embargo, tiene su ubicación histórica, se trata de una forma occidental y más concretamente moderna de pareja (Troya, 2000). El mundo premoderno (oriental, medieval, indígena) desconocía la relación amorosa, al menos en el sentido manejado actualmente.²¹

Por su lado, Campuzano (1993) nos complementa esta visión cuando ubica el surgimiento de la subjetividad afectiva a la par con el surgimiento del individuo moderno, la introducción del concepto de individuo racional, dueño de su propio destino y de libre albedrío implicó el cambio de los asideros del ser medieval. “La edad moderna, momento en el cual el sujeto se interroga por el conocimiento del

²⁰ “A nuestro juicio, la relación de “enamoramiento” tiene dos finales posibles. Uno es la ruptura, bien por enfrentamiento directo con la realidad, por maduración de uno o ambos enamorados, o por otros factores externos... (o bien)...las situaciones traumáticas que vive la pareja conduce a una maduración más o menos acelerada, ...transformándose las relaciones ...y con posibilidades de adaptación y desarrollo” (Moreno et al., 2002: 45)

²¹ ..., los novios se conocían a menudo el mismo día de la boda...los padres determinaban la elección de pareja, con base, principalmente, en criterios económicos (sic). Para los campesinos ricos, la alianza era un modo de aumentar sus tierras y ganados,...Estas consideraciones se anteponían al amor. Era también el sistema utilizado por la nobleza para acrecentar sus feudos y provincias (Ussel, 1974:144). El matrimonio por amor era sumamente insólito. La aristocracia, sobre todo, rechazaba la intervención del amor: amar a la propia esposa era una indecencia, un signo de indelicadeza, de vulgaridad burguesa. Quien sintiese afecto por una mujer no lo rebajaría casándose con ella. El matrimonio era la muerte del amor. (Ussel, 1974: 97).

mundo, abandonando las certezas que otorgan la fe y el orden religioso para desplegar la diferente problemática de la subjetividad” (Campuzano, 1993: 138).

¿Cuál es el vínculo? Se entiende que la subjetividad afectiva subyace a los sentimientos y emociones como el sentimiento amoroso. La transición del medioevo a la modernidad implicó el cambio de la familia extensa a la familia nuclear quien se abroga funciones como los cuidados tempranos del niño y la “conformación de los aspectos primarios afectivos, la subjetividad afectiva. Son de tal magnitud los cambios en la vida de la pareja que se habla de una “revolución sentimental”; así se difunden conceptos nuevos acerca del matrimonio y del amor haciendo énfasis en la felicidad de los sujetos (Campuzano, 1993).

Troya ubica la difusión masiva de la pareja romántica a partir de la segunda posguerra, colocando en un espacio privilegiado a las manifestaciones de la sexualidad, esta situación se ve favorecida por el surgimiento de los adelantos tecnológicos médicos que posibilitan la separación del aspecto placentero de la sexualidad, y su aspecto reproductivo (Campuzano, 1993; Troya, 2000). En las últimas décadas la difusión de esta modalidad de pareja ha sido amplia e intensa, difundida por los medios masivos de comunicación y por la educación formal e informal a todos los grupos sociales y étnicos; pero difícilmente, el amor romántico puede hacerse extensivo a todos los grupos sociales como tal, ni podemos discernir la presencia absoluta o pura de una u otra en las parejas. ¿Cómo inician las relaciones en las parejas? ¿Qué motivaciones tienen para juntarse? Es un asunto que los estudiosos han documentado de manera teórica, sobre todo por la psicología. Falta ir, armados con esas herramientas para conocer los casos concretos.

Motivos de la adquisición de la pareja

La pareja proporciona compañía, una forma de escapar de la soledad y el aislamiento, de tal suerte que Fromm sentenció: “El amor maduro es nuestra única esperanza de mitigar el demoledor peso de nuestra soledad”. Ello pasa por la posibilidad de brindarnos placer sexual, la posibilidad de la reproducción y la trascendencia, crecimiento y desarrollo personal, también brinda la posibilidad de apoyo material y emocional (Rage, 1987; Troya, 2000). Aunque a decir de esta última autora, también posee las condiciones para los hechos y situaciones contrarias, restringe la libertad individual, el espacio y el tiempo, crea rutina, aburre, frustra, genera culpa.

¿Cuánto de cada elemento incorporan las parejas? Es el espacio de expresión del tipo de pareja romántica o la concertada²², donde se combinan en diferentes proporciones cada una según cada realidad. Aunque en la actualidad se destaca la presencia del amor en la elección de la pareja, no se descarta y está presente en diferentes grados el asunto de la seguridad económica, la posibilidad de asegurar una acumulación material (llámese ahorro o capital) o simbólico (poder o

²² Parejas concertadas, tiene fundamentos racionales porque en la base de la decisión subyace necesidades y condicionamientos sociales como la religión, clase social, la dote, el futuro promisorio del novio. Conciertan con el propósito explícito de convertirse en familia y reproducir una organización familiar con distintos fines, por ejemplo, obtener los brazos suficientes para las necesidades de la producción, en otro para asegurar los lazos y compromisos consanguíneos y políticos para el mantenimiento de sus privilegios económicos y poder. En ello median, entonces, decisiones de mayor o menos lucidez de las razones para la elección. A decir de Troya las parejas de la actual sociedad pueden tener ambos ingredientes, es decir, parejas concertadas, o basadas en el amor romántico.

status por ejemplo).²³ Las clases altas por conservar y/o acrecentar sus posiciones; las clases medias por un ascenso de status y tratando de emular a aquéllas (quizás sea por eso que las clases medias valoran la vida en pareja) y las clases bajas por emular a la clase media en su estilo de vida (consumo de bienes) (Bernaes, 2001). El asunto reproductivo también tiene una presencia preponderante en la pareja, aunque, a decir de Troya (2000) tiene diferentes implicaciones tratándose de pareja romántica o concertada. En la primera, los hijos son como el subproducto y no como el destino necesario, interpretando esto, un hijo no sería la prioridad, aunque frecuentemente la idealización de la pareja propicia la esperanza de un hijo “producto de ese amor”. Dice que en la pareja concertada los hijos tienen un lugar preponderante, de antemano el área parental está potencialmente incluida tanto por la pareja como por cada uno de los novios, esto puede ser en razón de los fines instrumentales de la pareja. Sin embargo se da el caso que en nombre de esa instrumentalidad, no se deseen los hijos o al menos se posponen por implicar mayores gastos y/o porque cambia la condiciones de convivencia para la pareja.²⁴

¿Parejas funcionales o disfuncionales?

Intentando establecer modelos de relaciones de pareja o tipos de parejas funcionales, nos topamos con el carácter dinámico de las relaciones (parejas en movimiento, según Romano y Destal, 1996). Nos dicen los autores en cuestión

²³“... asegurar la sobrevivencia, obtener los brazos suficientes para obtener lo necesario, en otro para asegurar los lazos y compromisos consanguíneos y políticos para el mantenimiento de sus privilegios económicos y poder” (Troya, 2000: 51)

²⁴ “El cuidado de los hijos implica una necesidad de mayor permanencia y estabilidad, aumenta los requerimientos económicos, ...pone de manifiesto las diferencias biológicas hombre-mujer, ...multiplica las tareas y funciones de ambos padres e impone una redistribución del tiempo.(Troya,2000: 55)

que los roles fijados y estereotipados por la sociedad en cuanto a las bases maduras de la formación de la pareja, roles fijos y bien definidos, la mujer de cierta sumisión, pero madura, y el hombre, asumiendo su posición de primacía respecto de las mujeres, no siempre se encuentran de esta manera, cada miembro llega con su carga de virtudes y carencias. Según esto, frecuentemente los roles asignados socialmente a cada consorte adoptan de manera invertida o se asumen otros, por ejemplo, es frecuente encontrar entre los consortes el papel de madre-hijo, hija-padre, algunas parejas juegan a hablarse como niños entre sí, o que uno mime más al otro, etc. Dicen que a veces solo la llegada de un hijo puede sacudir estos juegos, reclamando la parentalidad correspondiente (Troya,2000; Romano y Destal, 1996).

Dentro de esta dinámica, Romano y Destal (1996) percibieron dos tipos de parejas, la pactual y la colusiva para indicar los cursos que esta toma. La pareja pactual, es aquella, no exenta de crisis y problemas, pero que poseen los elementos para sortearlos y salir adelante, “tienen una alianza efectiva flexible”, pueden cambiar, manteniendo suficientes dosis de “no cambio”, en ella se reconoce la dependencia mutua o alternada, cuentan con espacios para la negociación. Entienden por pareja colusiva a aquella con satisfacciones precarias, deterioros progresivos, incluso previsibles por carencia de proyectos a futuro, *incapacidad* de sortear los problemas y las crisis. A decir de estos autores, las parejas oscilan entre la forma pactual y la colusiva, ninguna situación es permanente. Rage (1987) prefiere recurrir a los clásicos para catalogar el tipo de relaciones en la pareja, así indica que para Fromm,

...amar a alguien porque se necesita es neurótico. En cambio, necesitarlo porque se le ama, es sano” en este sentido el amor se entiende, a la vez, como un sentimiento emocional y una decisión. Para Maslow, matrimonio entre personas sanas es producto de una combinación de sentimientos y decisiones individuales... (Rage, 1987: 65).

En estas últimas líneas volvemos a encontrar la presencia combinada de emociones y decisiones gobernadas por la voluntad como base de una pareja calificada como funcional.

Sin pretender catalogar, ni agotar las diferentes modalidades que adoptan las relaciones, hallamos interesante las propuestas de Cuber y Harrof, (citado por Rage, 1987) que señalan tres tipos de relaciones, a saber: la tradicional, que postula la unión para siempre, entendida como una obligación, con base en contratos, obedeciendo reglas externas. Relación hedonista, entendida como conquista donde la finalidad principal es la sexual. Relación actualizante, además del aspecto erótico, busca el logro de una intimidad profunda que posibilite la expresión intelectual, afectivo y corporal (Rage, 1987: 95). Nuevamente, son modalidades combinables o exentas en cada pareja o situaciones que no comparten ambos miembros.

Crisis en la pareja

Bernales (2001) halló que algunos de los momentos de inflexión o vulnerables de la pareja son: la disminución del enamoramiento, la infidelidad, la diferenciación con las familias de origen, el nacimiento del primer hijo, la educación de los hijos y el alejamiento de éstos. Troya (2000) y, Romano y Destal (1996) destacan el punto del nacimiento de los hijos, según ellos, la llegada de los hijos constituye un

factor constante de crisis (sobre todo del primer hijo), propicia la desorganización de la vida sexual de la pareja, pone a prueba la relación conyugal-parental, rigidiza la relación, en tanto que el cuidado de los hijos implica una necesidad de mayor permanencia y estabilidad, aumenta los requerimientos económicos, multiplica las tareas y funciones de ambos padres e impone una redistribución del tiempo (Troya, 2000). Troya encuentra que esta situación afecta con mayor severidad a la pareja romántica, en tanto en la concertada ser padres convulsiona y trastoca menos, significando pocas pérdidas y más ganancia, porque los hijos tienen un lugar preponderante de antemano y el área parental está potencialmente incluida. Por su parte Rage (1987) y Moreno et al.(2002) encuentran como motivo de crisis frecuente en la pareja el problema del desengaño (decepción), esto es, interpretando a los autores: cuando desaparece la obnubilación del enamoramiento,²⁵ lo cual contiene muchas probabilidades de ruptura posteriores por enfrentamiento de la realidad, por maduración de uno de los enamorados o ambos, o por otros factores externos; aunque, al final, no se descarta la persistencia de la pareja después de superar las situaciones traumáticas que aquélla conlleva, encaminándose a una relación más madura ya con apoyos externos o por vía del apoyo mutuo de la propia pareja (Moreno, et. al. 2002).

La elección de pareja

A decir de Lemaire (2003), en la elección del compañero(a) se conjugan

²⁵ Según ellos, “El enamoramiento... provoca la suspensión y el estrechamiento del campo de la conciencia en la percepción del otro, de distorsión de la realidad en función de fuerzas inconcientes” (Moreno, et. al, 2002: 45)

condicionantes geográficas (territoriales), sociales, culturales, religiosos y psicológicas porque, literalmente, la elección demanda la disposición de una gama de características (mercado matrimonial), dentro de las cuales la persona optará, si desea llenar todas sus necesidades y ejercer sus potencialidades. La variedad y la disponibilidad dependen en primer término de la extensión territorial y de las características geográficas del ámbito de movilidad de la persona. Aunque la capacidad de elegir dentro de la gama ofrecida pasa por el filtro de factores culturales respecto a qué aspectos apreciar, qué valores resaltar y discriminar, lo cual se conjugaría con los elementos psicológicos, de personalidad que colorea la mirada para tener una u otra inclinación.

En función de lo anterior es que se habla de homogamia o heterogamia, es decir, de las similitudes o diferencias físicas, biológicas, socioeconómicas, axiológicas de las personas que eligen como pareja. De acuerdo a esta línea de ideas, la homogamia es producto de una estrechez de ámbitos de elección sea geográfica, cultural o social, lo cual, entendemos, tiene una profunda implicación histórica, depende del tipo de sociedad y los tiempos que se vive.

Lemaire (2003) está de acuerdo con Alain Girard, en el sentido de que actualmente privan limitaciones para individuo moderno en la elección de pareja, donde no obstan ni la distribución cambiante de la población, ni las aglomeraciones urbanas, ni la movilidad geográfica creciente. Barreras culturales, intereses económicos, prejuicios sociales se interponen para la elección:

No es que el casamiento se decida de manera autoritaria, por supuesto, pero hay presiones más sutiles que siguen desempeñando un papel...presiones del medio de origen siguen siendo muy vivas en lo referente a la elección del cónyuge...

Estas presiones muy raramente se ejercen de manera consciente por los representantes del medio. En el plano psicológico, parece que el joven siente como de su interés propio, aún si ese comportamiento es contrario a sus proyectos” (Lemaire, 2003: 48)

El autor dice que el joven no lo siente como imposición porque los condicionamientos los ha asimilado. Al respecto Paz (1985) señala que “...en nuestro mundo (moderno) el amor es una experiencia casi inaccesible. Todo se opone a él: moral, clases, leyes, razas y los mismos enamorados”(Paz, 1985: 213) y continúa “...Incapaces de elegir, seleccionamos a nuestra esposa entre las mujeres que nos ´convienen´. Jamás confesaremos que nos hemos unido -...- con una mujer que no amamos...” (Paz, 1985: 216).

Otros factores que estrechan las perspectivas para la elección son las personas educadas con visiones estrechas de la realidad, que no están preparadas desde la infancia para expresar sus necesidades, sus deseos, sus temores y para comunicación con quienes lo rodean, estarán mal advertidos para su tentativa de vida en común. Los extranjeros que no se han familiarizado con la cultura de destino. Sin conocimiento del medio habitado y lejos de su origen con frecuencia carentes y urgidos de afecto asumen compromisos precoces ante la oportunidad de una compañía; las personas disminuidas de alguna facultad y/o no disponen de medios de expresión y comunicación suficientes (Lemaire, 2003).

La elección de pareja ha sido objeto de atención de los estudiosos, sobre todo del área psicológica centrándose, sobre todo, en la personalidad de los miembros; así, tenemos teorías como las siguientes:

Teoría sobre el principio de las semejanzas: las personas se sienten atraídas con gente semejante en actitudes, valores y rasgos semejantes. Teoría de la complementariedad: buscan en la otra cubrir las necesidades no satisfechas o el aspecto que no poseen, vgr., la persona activa y pasiva. Teoría del intercambio social: la relación es una negociación donde se da y se recibe maximizando beneficios y minimizando costos. La teoría conductista usa conceptos semejantes, también la teoría de los juegos del análisis transaccional de Berne, (Vírveda, 1995; Bueno, 1985)

Desde su propia posición teórica el psicoanálisis tiene su elaboración a partir de sus conceptos básicos, donde el “yo” elige al “otro”, el “objeto de amor” para desarrollar la relación, siempre condicionada por la historia previa del individuo y sus márgenes de actuación en la relación (Bueno, 1985), la cual puede tomar diferentes modalidades, por ejemplo la relación narcisista que demandaría la entrega total del “otro”, eligiendo a uno que lo adore e idealice; relación oral, se caracteriza por el deseo de que el otro le cuide como en una interacción madre-niño; relación fálico-edifica tiene por una parte el tema de la rivalidad por el papel de la masculinidad, el hombre fuerte, la mujer débil (Vírveda, 1995).

La teoría general de sistemas que concibe a las relaciones humanas como “un conjunto complejo de transformaciones y de flujos de comunicación, cuya finalidad es potenciar la concienciación y participación de todos...en la elevación y satisfacción de sus necesidades personales “(Bueno, 1985: 69). De acuerdo a esto, el sistema puntúa entre los polos conflicto-consenso, estabilidad-cambio, progreso-regresión, dominación-igualdad, individuación-estructuración, orden-desorden, determinismo-libertad. Es un concepto aplicable a la relación de pareja,

entendida esta como un circuito de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta y es afectada por la de cada uno de los componentes del sistema; al mismo tiempo el sistema es abierto porque admite intercambios con el entorno (Bueno, 1985).

El modelo constructivista, según esta corriente, la concepción de la realidad se da en función de nuestras interpretaciones y esto se hace por vía de constructos personales, a través de estos conocemos nuestro mundo interno y externo, tendiendo a elegir aquellos constructos que mejor anticipan los hechos. La aplicación de esta teoría a la elección de pareja se basa en la siguiente premisa: las personas que comparten las mismas características psicológicas como si sus constructos fueran iguales con independencia de las experiencias que hayan vivido, así experiencias iguales, o pautas educativas o culturales idénticas tenderán a generar sistemas similares, de esta manera, si el individuo elige como pareja a aquel o aquella que tiene, entre otros factores, un sistema de constructos similar o complementario del suyo, por eso le es fácil iniciar una relación de noviazgo, matrimonio, unión con esta otra persona (García et al., 2002)

La presencia del género en las relaciones de pareja

Con base en tres estudios realizados (Chile, 1993, citado por Bernales, 2001; México, 1961, citado por Díaz Loving y Sánchez (2002) y un estudio realizado en México por Acevedo, 1995). El primero se trató de una encuesta; los dos últimos sondearon en personas con escolaridad de preparatoria o equivalente.

Los resultados generales fueron que las mujeres conceden mayor importancia al área afectiva, en tanto que los hombres son más instrumentalistas, ponen atención

a su carácter de proveedores. En el área de la valoración de la pareja parecen existir diferencias, ya que en una encuesta (1961) las mujeres le conceden importancia a la vida en pareja; en el estudio de de 1995 es menor el porcentaje de mujeres que expresan inclinación por la vida en pareja (41%). El área sexual, en un caso (1993) las mujeres le conceden poca importancia, mientras que en el estudio de 1995 las mujeres expresan mayores satisfacciones al respecto. Existe unanimidad en la importancia concedida a la comunicación, aunque en el estudio de 1995 el número de mujeres (100%) que practican la comunicación supera al de los hombres (75%).

En resumen, se puede observar a la pareja como unidad que impacta la personalidad de sus miembros, quienes interactúan afectándose mutuamente. El principal ingrediente con que caracterizan a la relación de pareja es el amor, aunque como se observa, difícil de definir. Sin embargo, las relaciones de pareja son distinguibles de otras formas de relación como es el matrimonio o la familia. Al menos en la sociedad occidental las relaciones de pareja son relaciones primigenias que pueden derivar hacia otras formas, como es el matrimonio. Al hablar de parejas funcionales se percibe una postura teleológica de varios autores: la finalidad de la pareja es persistir para permitir el desarrollo, la maduración y la adaptación del individuo al medio. Existen aspectos que demandan mayor profundización, como es esta última parte referente a las relaciones de género. En general, el enriquecimiento de la información permitirá captar el objeto de estudio en su mayor complejidad.

4.3 La experiencia de la enfermedad

Una de las preocupaciones de la investigación cualitativa es el conocimiento de las implicaciones de las enfermedades partiendo de la información proporcionada por las personas que las padecen, conocer cómo los impacta la enfermedad, cómo la viven internamente, qué emociones despierta, qué significados le atribuyen. Hasta el momento se sabe que, con frecuencia, la información y concepción de los profesionales no coincide con las de las personas que padecen la enfermedad, porque se basan en la información adquirida oficialmente, estableciendo una especie de bases normativas de las fases de la enfermedad. De aquí la necesidad de conocer el punto de vista de la persona que vive y lidia con la enfermedad en todo momento, se trata de tomar en cuenta la subjetividad y los significados que el enfermo y su familia le otorgan al padecimiento (Torres, 2004).

El tema de los impactos emocionales y psicológicos de las enfermedades ha llamado la atención a partir del crecimiento de las enfermedades crónicas, dado que por su prolongación y sus secuelas propician la generación de significados y reflexiones, despiertan emociones en torno a sus implicaciones. Según Barragán (2007) las enfermedades crónicas ponen de relieve la interacción entre enfermar y padecer. También ponen a prueba las relaciones afectivas y sociales del paciente. Unas enfermedades son más flagelantes que otras, el mundo de los enfermos crónicos es diferente de las personas que se precian de estar sanas, quizás por los riesgos que conllevan, por los flagelos que implican, por las limitaciones que imponen, por las vulnerabilidades que descubren. Se intenta a partir de las líneas

siguientes ilustrar la dimensión y la magnitud de los cambios que viven los enfermos, al respecto Shuman (1999: 24) plantea.

Las personas construyen su propio mundo de significados cuando se les diagnostica una enfermedad crónica. Luchan por dar sentido a los síntomas y signos heterogéneos que les acompañan, el pronóstico y los cambios de que su malestar envuelve.

La enfermedad es un suceso que introduce una diferencia dolorosa en el mundo que damos por supuesto. Las vidas de algunas personas quedan dañadas irremediablemente. Otras personas ven cómo se remiendan las grietas de sus mundos. Y están aquellas para las cuales un mundo anterior desaparece y algo nuevo reemplaza lo antiguo.

Con demasiada frecuencia se dice a los pacientes lo que una enfermedad debería significar para ellos –en términos de tratamiento, incapacidad y cambios en su estilo de vida-. Tal valoración podría ser exacta objetivamente. Sin embargo, si no se le dice nada a la verdad sentida de la experiencia del paciente, es inútil. Y lo que es peor, este tipo de información puede recordarse como un tipo de intrusión sin respeto, o comunicación sin escucha

Pero los impactos de las enfermedades no se quedan en los límites de los individuos, invaden su ámbito social porque sus dolencias e incapacidades individuales lo sustraen de su presencia social con todas sus implicaciones, alteran sus relaciones o sus actividades cotidianas en mayor o menor medida. Siguiendo a Barragán (2007), por sus efectos puede asimilarse a lo que Mauss denomina fenómenos totales por ser detonador de todos los principios de la organización subyacente a cada modo de vida. “Cada fenómeno contiene todos los entramados de que está compuesta la estructura social. En estos fenómenos sociales totales,..., todas las instituciones encuentran sus expresión simultánea: religiosa, legal, moral y económica” (Mauss, citado por Barragán, 2007: 103). Vista así, la enfermedad impacta todas las áreas de la personalidad y provoca alteraciones en la vida social: “El cuerpo enfermo es un cuerpo en los márgenes

sociales, el enfermo está en suspensión de obligaciones y derechos; cuando transita de la enfermedad a la salud recupera los elementos de su identidad, se inserta de nuevo a los vínculos de interacción y recupera la potencia social” (Mier, citado por Barragán, 2007: 104)

Al parecer, la trascendencia de la enfermedad al individuo involucra también a sus redes sociales, afecta a las personas que conviven e interactúan con el enfermo. En este tenor se han realizado estudios sobre el impacto de la enfermedad sobre la salud física, emocional y psicológica de los cuidadores. Por ejemplo, estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica revelan problemas físicos y/o emocionales en lo cuidadores. De acuerdo a esto, los impactos y desgastes dependen del tipo de flagelo, incapacidades y trastornos que presentan los enfermos. Han detectado que el Alshaimer en las esposas provoca mayor depresión en los cuidadores. Aunque, por otro lado, la asunción del compromiso de cuidar a la pareja acarreó en muchas ocasiones satisfacciones personales que compensaron con la sensación de carga (Kaye, 1995). Un estudio en México revela mayores impactos en la situación socioeconómica de las cuidadoras, ya que la actividad de cuidado se le suma a sus actividades cotidianas y/o se la restan a sus actividades remuneradas cuando esta existe. En el primer caso implica mayores desgastes físicos y emocionales, en la segunda implica que deben dejar su trabajo remunerado con el consecuente impacto en su economía y en su salud (Robles, 2003).

La experiencia del padecimiento

En este intento de entrar al mundo de los enfermos o de las personas que padecen una enfermedad se ha desarrollado el concepto de la experiencia del

padecimiento. Según Conrad (1990)²⁶, tal perspectiva se enfoca sobre el significado del padecimiento, la organización social del mundo del enfermo y estrategias utilizadas para su adaptación. Son cuestiones relevantes observar como la gente notifica su mal y qué significado le da, qué clase de explicaciones desarrollan para dar sentido a este inusual evento, qué hacen alrededor de su problema, cómo buscan asistencia médica, qué impacto tiene el diagnóstico sobre ellos, cómo enfrentan o con qué recursos enfrentan el problema. Para ello, se hace necesario registrar las respuestas de las personas enfermas crónicamente cuando se les pregunta ¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Su análisis habla de la profunda relación entre estar bien y sentirse mal. Para un cabal entendimiento de la situación sugiere que se debe considerar alguna de las concepciones desarrolladas por la sociología de las emociones como la euforia, cólera, catarsis, autocompasión y sobre el manejo de las emociones.

En adición se debe incluir cómo le dan sentido a lo que les pasa en su cuerpo. Intenta manejar los significados de los problemas vinculados con el dolor, el sufrimiento y la muerte, en dos vías: el sentido sociológicamente atribuido al significado de su vida diaria y el que le da en el contexto de su vida incluyendo el metafísico, entendiendo en términos de significado de vida, muerte y lo desconocido. Recomienda considerar a la persona como alguien con experiencia subjetiva que padece la enfermedad, considerando su vida diaria viviendo con la enfermedad, pero su rol de paciente no siempre ocupa todo su tiempo.

Kleinman, uno de los autores más connotados en los estudios de la antropología médica, ha llevado a cabo estudios aplicando el concepto de experiencia del

²⁶ A decir de Mercado (1996) Conrad elabora su propuesta en el marco de la teoría fundamentada.

padecimiento. Según Mercado (1996) Kleinman, ha realizado sus estudios utilizando una combinación de la fenomenología²⁷, análisis etnográfico, planteamientos simbólicos-interpretativos y el construccionismo. Según esto, los autores que se adscriben a la fenomenología buscan identificar las prácticas interpretativas de los sujetos acerca de la experiencia vivida. Algunos estudios realizados basándose en la idea de que la descripción de los pacientes sobre el origen de sus padecimientos crónicos puede ser entendida como una construcción narrativa de sus vidas. El construccionismo social, al cual se adscribe Kleinman, le permite afirmar que la experiencia del padecimiento es una construcción social y cultural, de esta manera las personas construyen sus experiencias de acuerdo a su marco social de pertenencia (Mercado, 1996).

Una de las definiciones Kleinmaniana sobre la experiencia del padecimiento es entendida como "...la experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento...la forma como las personas enfermas, los miembros de su familia o los integrantes de sus redes sociales más amplias perciben, viven y responden a los síntomas y a la discapacidad...es la experiencia vivida al monitorear los procesos corporales" (Kleinman, citado por Mercado, 1996: 55). Aunque aquí parece referirse únicamente al padecimiento. Más adelante delinearía otra definición entendiendo la experiencia del padecimiento como "...la categorización y explicación de manera accesible y de acuerdo al sentido común de todas las

²⁷ Según Mercado (1996), algunos autores que se adscriben a esta tradición centran su atención en las formas en que los hombres comunes construyen y reconstruyen su mundo de vida sustentándose en un conjunto de conocimientos que comparten con los demás compuesta por construcciones y categorías del sentido común, recurso por el cual interpretan la experiencia y comprenden las intenciones de los demás, logrando un entendimiento intersubjetivo y posibilitando la coordinación de sus acciones.

personas, de todos los grupos sociales, sobre los procesos fisiopatológicos, así como los juicios de los pacientes para enfrentar de mejor manera los trastornos y problemas ocasionados en su vida diaria” (Mercado, 1996: 55). Expresadas en distintos momentos, ambas definiciones parecen complementarse. En la segunda parece avanzar en la definición del término experiencia, que en la primera definición aplica sin desglosar.

Kleinman también considera al grupo social de pertenencia en la generación de la experiencia. Según esto, la enfermedad se desarrolla en un contexto social, así el sufrimiento del enfermo se teje con la vida de las personas de su entorno afectando por vía de los factores económicos (gastos de atención, reducción de los ingresos, etc.), sociales (la concepción de la enfermedad, en ocasiones la estigmatización y en consecuencia el trato dado al enfermo)²⁸ y generando lo que denomina como experiencia social. En este sentido señala que el padecimiento tiene un curso social (Kleinman, 1995).

Pionero en la aplicación del concepto de experiencia del padecimiento para el estudio de la diabetes en México es Mercado (1996) quien entiende por experiencia del padecimiento como un “fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos de su vida”, siendo estos:

²⁸ En este sentido se debe señalar la distinción social de cada enfermedad, que existen enfermedades estigmatizadas de las cuales la sociedad toma distancia, otras que son más aceptadas o que pasan desapercibidas. El autor realiza el estudio a partir de la epilepsia, una enfermedad que despierta la atención de la gente quienes toman distancia de los enfermos, adoptando desde la compasión hasta el rechazo hacia el mismo, dependiendo de la explicación dada a la génesis de la enfermedad. La diabetes no parece ser una enfermedad estigmatizante en sí misma desde el momento que la gente entiende que gran parte de sus orígenes se deben al “estilo de vida” que todos compartimos en mayor o menor medida.

- a) Los efectos sobre el organismo y los estados emocionales que conlleva tal situación (tristeza, angustia, apatía, etc.).
- b) Los cambios provocados en las diversas esferas de la vida del sujeto y que involucran a sus redes sociales cercanas, como la esfera económica (pérdida de empleo, gastos por tratamiento), social (aislamiento), familiares (conflictos a causa de las demandas del tratamiento).
- c) Categorización y significación. Se refiere a la asignación de significados y nombrar de determinada manera al padecimiento, dependiendo de las circunstancias y contextos que viven las personas (Mercado, 1996).

A través de estas premisas Mercado se propone “entender la vida de quienes sufren un padecimiento crónico específico,...[Recuperándolo] desde la perspectiva de quienes lo viven y sufren, sin perder de vista los procesos sociales materiales y simbólicos en que se encuentran inmersos” (Mercado, 1996: 67).

Por lo visto el concepto de experiencia del padecimiento ha tenido amplia circulación, tanto en la sociología como en la antropología médica, pero, por las evidencias halladas, más que una preocupación por profundizar en su desarrollo teórico, los estudiosos se han avocado a su aplicación empírica, esto es, a desarrollar investigación sobre problemas específicos (Véase Conrad, Kleinman; Mercado). Los autores, en su desarrollo parecen quedarse en la frontera de la explicación de lo que es, lo que significa y cómo se genera la experiencia.

La generación de la experiencia según Turner

Por lo que podremos apreciar la experiencia es un fenómeno muy humano en cuya generación juegan un papel importante los órganos de los sentidos para

recibir, o más bien, percibir los efectos de las acciones o hechos externos, producto de las interacciones de los sujetos, donde también se ponen en juego las capacidades de discernimiento y significación. Los hechos, acciones o fenómenos impactan sobre la personalidad de los sujetos y propician determinadas acciones o reacciones. Por eso, en un primer momento, las experiencias podrían considerarse como aprendizaje, aunque, como podremos ver no se reducen a aprendizajes de tipo cognitivo únicamente, en este proceso se estarían involucrando las emociones, la subjetividad y, entonces, se habla de vivencias, es decir, se involucran todos los sentidos, todo el ser.

De acuerdo con Turner (2002) las experiencias derivan de eventos externos distinguibles, como el inicio de nuevos modos de vida (ir a la escuela, iniciar un trabajo, iniciar un matrimonio, etc.) los cuales generan ciertas respuestas internas. De esta forma las experiencias, “involucran en cada momento y fase al pensamiento estructurante y a todo el repertorio humano vital de pensar, querer, desear y sentir, penetrándose mutuamente de manera sutil y variada en muchos niveles”.

Turner (2002) a su vez recurre a Dilthey quien distingue entre “mera” experiencia pasajera, que no deja huellas y “una” experiencia, que tiene presencia evidente y trascendental, que sale de la uniformidad de la vida, constituyéndose, en determinado momento, en “experiencias formativas y transformativas”. Según esto, las experiencias formativas pueden ser personales o compartidas con nuestros grupos de pertenencia²⁹ (Turner, 2002: 92). Como está dicho arriba, se

²⁹ Según Turner tal situación depende de la sociedad de pertenencia. Las sociedades preindustriales el proceso de significación se realizaba en medio del apoyo colectivo ofreciendo algún pasado ancestral o un pasado

trata de todo estímulo exterior que impacta a nuestro ser y nuestra personalidad y es producto de lo que vivimos en la vida diaria, sólo que unas vivencias son más impactante que otras. Pero ¿En que momento dejan de ser vivencias para convertirse en experiencia?

De acuerdo con Turner, las vivencias adquieren sentido y significado cuando “suman precedentes y semejanzas del pasado [...] las emociones de las experiencias pasadas colorean las imágenes y contornos revividos por la sacudida presente” (Turner, 2002: 92). Así entonces las experiencias son vivencias con significado; “Sólo cuando logramos que la experiencia presente se vincule con los resultados acumulativos de las experiencias pasadas similares o por lo menos relevantes -...- emerge el tipo de estructura relacional que llamamos “significado”³⁰ (Turner, 2002: 93). Interpretando, las experiencias serán tales cuando las vivencias de la vida diaria se enganchen o encuentren acomodo con bagajes acumulados. Entonces, a mayor cantidad de vivencias, mayor cantidad de ocasiones para las interacciones con el exterior. Sin ser la única y exclusiva condición, en este caso, la longevidad puede, en determinado momento, comportar mayor cantidad de ocasiones para las vivencias y por ende mayor experiencia, mayores conocimientos, mayores recursos para sobrellevar la vida. Tal vez por eso Barragán (2007), encuentra que [el cúmulo de] experiencias

ético. En tanto que las sociedades actuales cada quien tiene la tarea individual de elaborar sus significados, sin asistencia alguna.

³⁰ La forma ampliada de *per con subfijo es *per-itulo, de donde proviene el latín *periculum*, “ensayo”+, “peligro”, “riesgo”. Nos encontramos con un nexa entre experiencia y riesgo, lo cual apunta más a “drama” y “crisis” que hacia un aprendizaje meramente cognitivo[...] experiencia es entonces, “vivenciar” y “pensar hacia atrás” (Geist, 2001: 85).

constituyen un capital cultural³¹. Retomando a Turner, este recalca que la experiencia es producto de una combinación de elementos cognoscitivos, emociones, deseos, ímpetus. Aunque, frecuentemente, lo cognoscitivo queda relegado ante la preeminencia de los demás aspectos, dice que al inicio de una experiencia predominan las emociones, los deseos o los ímpetus, pero con todo, lo cognoscitivo se sostiene en la memoria. Para él en este momento se confronta el **valor** con la significación, es decir, se impone únicamente lo subjetivo, frente a la memoria cognitiva. Turner retomando a Dilthey considera muy importante el papel de la comunicación en la experiencia. “Somos seres sociales y queremos comunicar lo que hemos aprendido de la experiencia... Los significados, obtenidos con esfuerzos, deberían decirse, pintarse, bailarse, dramatizarse, ponerse en circulación” (Turner, 2002: 94)³².

Pero ¿Cómo se genera la experiencia? En este momento Turner parece mostrar una vena fenomenológica cuando señala que esta nace del contacto con el exterior de la manipulación e interacción con los objetos externos. “Experiencia” deriva del latín *experieri*, que denota “ensayo”, “prueba”, “experimento”, generado a su vez de *experiens*, el participio presente de *experieri*: “ensayar”, “probar” de “ex” más la raíz de per, como en *peritus*, “experimentado”, “aprendido por medio del ensayo” (Geist, 2001: 85).

Aquí entra a escena el cuerpo. La vía de contacto con el exterior es la percepción (Barragán, 2007, Aisenson, 1981) aprehendida en un espacio físico que sería el

³¹ “La experiencia en tanto capital cultural determina las formas en como los grupos sociales utilizan diversos recursos de atención para resolver o atenuar la enfermedad...” (Barragán, 2007: 102)

³² En este sentido los contenidos de las artes no son más que la expresión o forma de comunicación de experiencias.

cuerpo, sus extensiones y los sentidos asociados, ya que para palpar algo es necesario involucrar algún miembro y los sentidos del cuerpo, (extender la mano, acercar el oído, mover los ojos, etc.) (Hursel, citado por Aisenson, 1981) así las sensaciones y las percepciones tienen un punto de ingreso y un espacio de asiento "...la existencia debe ser necesariamente encarnada, puesto que es ser en el mundo y, específicamente, espacializada, porque es condición para que se realicen las posibilidades de la existencia" (Heidegger, citado por Aisenson, 1981: 10)³³. Entonces el asunto de la experiencia es asunto de un cuerpo sensible, pero no únicamente, como ya vimos una vez percibida, la vivencia involucra otros componentes de la existencia que permiten encontrarle sentido a aquello percibido y significarlo. Y en este punto se apura a señalar que este cuerpo donde se intenta aprehender la realidad externa no es únicamente un ente físico sensorial, sino de una actividad corporal integral, por eso se puede hablar de cuerpo objetivo y cuerpo subjetivo, lo cual posibilita hablar de impresiones vividas³⁴. "La vida humana efectiva transcurre en el plano de lo que podemos llamar el psiquismo, en una significación del concepto con la llamada "existencia" en la filosofía contemporánea, y en él se aúnan en una interacción dialéctica y de determinación mutua lo corporal y lo anímico no espiritual. En este plano el cuerpo es cuerpo vivido a la par que corporeidad objetiva, cuerpo con el que actuamos y que vivenciamos en la multiplicidad de las situaciones vitales, y a que a tal punto es

³³ "...el orbe de objetos en medio de los cuales vivimos naturalmente es organizada por el cuerpo, al ser este el asiento de la percepción, de manera que una de sus funciones es ponernos en contacto con el mundo a través de la relación perceptiva" (Aisenson, 1981: 79).

³⁴ Este razonamiento se asocia a una añeja discusión sobre la relación de supremacía entre cuerpo y alma, cuerpo y espíritu o cuerpo y psique.

parte integrante de nuestra conducta que resulta inseparable de la personalidad y aun del propio sentimiento de identidad” (Aisenson, 1981: 12).

El cuerpo y la experiencia de la enfermedad

La enfermedad ha sido objeto de atención de diferentes áreas del conocimiento, ha sido nombrada por los diferentes profesionales avocados, ha sido cuantificada cuando se estudia como problema de los grupos sociales, sin embargo se ha dicho poco sobre cómo es padecida, es decir, sobre cómo se da y en qué consiste la experiencia de la enfermedad. Se trata entonces de observar en qué consiste la experiencia de la enfermedad y cual es su expresión en este reducto que es el cuerpo.

De principio podemos decir que es en el devenir de la corporeidad donde se expresa irremediamente la enfermedad, irremediable no por la incurabilidad de alguna enfermedad, sino que esta sólo adquiere materialidad, sólo va a hacer sentir su presencia en un organismo. Así, será el cuerpo el que finalmente manifieste dicha enfermedad, el que se enferma. Y de esta manera un evento externo que debería tener materialidad en sí mismo sólo lo adquiere expresión a partir de asentarse en un órgano determinado, así será el propio cuerpo el que interactúe, el que experimente el hecho.

...el orbe de los objetos en medio de los cuales vivimos naturalmente es organizado por el cuerpo, al ser este el asiento de las percepciones, de manera que una de sus funciones es la de ponernos en contacto con el mundo a través de la relación perceptiva. Esta es una relación primordial anterior a toda visión científica. Pero, además también el cuerpo en sí forma parte del mundo percibido y se tiene experiencia de él como integrante del mismo” (Aisenson, 1981; 79).

En otras palabras el cuerpo será objeto de la experiencia de lo que sucede en él mismo. Esto es así porque la enfermedad impacta y provoca una reacción en un cuerpo que no únicamente es materialidad sino también fuente de subjetividad, asiento de las percepciones, es decir, cuerpo de un sujeto que piensa, siente y significa. Barragán refiere que en la conceptualización de la salud-enfermedad-atención inciden aspectos simbólicos y estructurales.

En esta medida, tanto la estructura de significado como la social expresan y condicionan al mismo tiempo una determinada construcción social del padecer. Esta concepción llevada a la antropología física posibilita centrar la reflexión en la enfermedad como experiencia, que vista desde los grupos sociales se traduce como padecer, padecer del cuerpo, pues es el cuerpo y sólo a través de él donde tiene lugar el proceso de enfermar, atenderse, recuperar la salud o morir (Barragán, 2007: 102).

Es pertinente en este momento reconocer la importancia del cuerpo como el principal protagonista del problema, pero no lo hace en aislado, no es un asunto exclusivamente interno, existen una serie de condicionantes para la vivencia de la enfermedad como es la estructura social y los elementos culturales que conllevan a concebirla y a vivirla de cierta manera. Siguiendo el planteamiento anterior la enfermedad es vivida, sentida, dilucidada, significada, respondida en relación con el contexto y entonces se habla de padecer, esto es, la experiencia de la enfermedad. En este sentido, decir padecimiento es decir ya experiencia de la enfermedad.

Siguiendo esta línea de ideas podemos colegir que el contexto, entretejida con el propio bagaje en términos turnerianos, permite a la persona con la enfermedad hacerse una idea de la magnitud y las implicaciones de su enfermedad, en este momento hablamos del padecer. “Esto debido a que el espacio y tiempo en donde

se enmarca este proceso se convierte en un eje de análisis, donde el cuerpo es el actor fundamental, pues durante la enfermedad hay una especie de caída en el cuerpo, un darse cuenta de su finitud, de su vulnerabilidad” (Barragán, 2007: 104). La enfermedad, sobre todo la crónica, quizás sea el evento que nos ubica en nuestra dimensión en el universo, y debido a su llegada intempestiva y violenta implica forzosamente cambios en la vida cotidiana, por eso Barragán refiere que la experiencia de la enfermedad provoca resignificaciones, recomposición de identidad, reconstrucción de prácticas y establecimiento de nuevas normatividades que se encarnan en el cuerpo.

El padecer quizás se refleje en la crudeza expresada en las siguientes líneas:

Esto lo podemos observar en el proceso de la enfermedad, cuando reconocemos que la concepción del cuerpo se proyecta desde la perspectiva de los individuos enfermos, quienes consideran que [...el] padecer involucra tanto al cuerpo como a la mente, ya que el sufrimiento moral acompaña al proceso de la enfermedad. Para los enfermos el origen y elementos que exacerbaban o disminuyen las dolencias son tanto externos como internos... (Barragán, 2007: 109).

4.4 Salud, enfermedad, muerte y respuesta diferencial de hombres y mujeres

Según los datos disponibles hasta el momento, hombres y mujeres presentan perfiles diferenciales de morbilidad y mortalidad³⁵. Se observa que la mayor mortalidad de los hombres se da entre los 15 y los 64 años de edad (Garduño,

³⁵ Datos de 1990 reportan que las mujeres en México tenían una esperanza de vida de 72.7, y la de los varones fue de 66.8 (Sepúlveda, 1994); en 2005 las cifras registradas fueron de 77.9 años para las mujeres y 75.4 para los varones, aunque disminuida persiste la diferencia (INEGI, 2005). Datos de los Estados Unidos de Norteamérica reportan que para 1920 una esperanza de vida de 56 años para las mujeres y 54 para los varones (Helgeson, 1995); en 2003 las expectativas de vida entre mujeres y hombres era ya de 80 y 74 (Ghazal, 2006).

1994). Esta situación se atribuye a los riesgos y las respuestas diferenciales que presenta cada uno ante las enfermedades y ante la muerte.

Se observa, por otro lado, que la mayor longevidad de las mujeres no precisamente garantiza mayores niveles de salud, ni de calidad de vida³⁶. En este punto existe polémica en el sentido de si las cifras se diferencian por las tendencias de las mujeres a reportar mayormente sus padecimientos debido a su percepción de su estado de salud o efectivamente existen diferencias objetivas entre hombres y mujeres (Davidson, 2006; Sepúlveda, 1994; Rolhfs, et. al. 2000)³⁷. Según refieren algunos autores, que las mujeres con mayor facilidad declaran sus padecimientos (Davidson, 2006; Sepúlveda, 1994; Rolhfs, et. al., 2000; Valls-Llovet, s/f). Los varones contrariamente, no reportan los síntomas de sus enfermedades (Helgeson, 1995; Garduño, 1994) y son menos hábiles que las mujeres para buscar ayuda oportuna (Chávez, (s/f). Según Waldron, (1995) las mujeres norteamericanas acuden más frecuentemente al médico para consultas ginecológicas, exámenes generales, así como problemas relacionados con su peso, pero en los síntomas graves como el cáncer o enfermedades del corazón, las mujeres tardan tanto o más que los varones para buscar atención médica. También hay datos que reportan que algunas enfermedades graves impactan emocionalmente más a los hombres que las mujeres. Un estudio sobre la tuberculosis en Centroamérica reportó que los hombres al adquirir la enfermedad perciben afectarse en su integridad y la enfermedad los ataca por debilidad, es

³⁶ En el caso de México una encuesta aplicada en 1994 revela que 9% de la población total manifestó algún problema de salud, desagregado en 10% de mujeres y 8% de varones³⁶ (Sepúlveda, 1994).

³⁷ Garduño apoya esta afirmación recopilando datos duros de 1991, según los cuales entre el 60 y 70% de los egresos hospitalarios públicos (Ssa, IMSS, ISSSTE) correspondió a mujeres (Garduño: 1994: 24).

decir que no son fuertes como todos los hombres lo cual se vuelve un proceso estigmatizante que provoca su “derrumbe emocional”. En cambio las mujeres manifestaron adquirir la enfermedad por “tener defensas débiles” haciendo referencia sólo a una parte de su cuerpo, no a la totalidad de su persona. La mujer, contrariamente no se “derrumba”, al sentirse afectada parcialmente piensa en la recuperación. Pero al mismo tiempo no le significa conflictos porque se percibe resignación, una tendencia asociada al rol de sufrimiento y vocación de servicio inculcado a las mujeres (Chávez, s/f).

Diferencias sexuales y genéricas

Actualmente, hay consensos y reconocimiento sobre las bases sexuales y genéricas de las diferencias. Esto es, las diferencias en la morbilidad y mortalidad pueden deberse a las diferencias biológicas propias de cada sexo, las cuales pueden consistir en las características morfológicas, fisiológicas, congénitas (Rolhfs, et. al. 2000) y/o hormonales (Davidson, et. al., 2006)³⁸

En el perfil derivado del género, señalan la incidencia de roles sociales, conductas, valores, factores socio-ambientales, que se traducen en riesgos u oportunidades diferenciales para hombres y mujeres, los cuales se expresan en la subjetividad de cómo las mujeres y los hombres perciben y valoran los síntomas, así como la intención, habilidad y prontitud para buscar ayuda terapéutica. (Verbrugge, citado

³⁸ Según Sepúlveda (1994) En las mujeres, el tabaquismo conlleva mayores riesgos que los hombres, como mayor exposición al cáncer cervico-uterino, desórdenes en los períodos menstruales, abortos espontáneos, hijos con bajo peso al nacer. Según esto, debido a algunas diferencias bioquímicas, por el alcoholismo son más propensas a padecer cirrosis hepática, cáncer de faringe, laringe e hígado. Según Valls-Llobet (s/f) Las mujeres por tener el doble de concentraciones de *homocisteína* tienden a una mayor propensión a la muerte súbita por enfermedades coronarias

Rolhfs, et. al, 2000). Esto es, los perfiles diferenciales que exhiben hombres y mujeres se deben a la construcción del género que propicia diferentes concepciones y visiones, así como las consecuentes respuestas asociadas a los roles y normas que la sociedad instituye. Los autores llaman la atención, sin embargo, en el sentido de que las causas no se presentan en su pureza para discernir la presencia de uno u otro factor exclusivo, frecuentemente factores biológicos y genéricos se presentan de manera interrelacionada, en algunos casos tienen preponderancia los biológicos y los derivados del género son coadyuvantes, o viceversa. Las personas pueden tener factores hereditarios o fragilidades orgánicas, pero sus acciones u omisiones pueden acelerar, retardar o evitar la aparición de las enfermedades, sus complicaciones o, incluso propiciar la muerte.³⁹ Aunque tales acciones no son voluntarias, se hace en acatamiento de las visiones o roles que la sociedad asigna a las personas.

La construcción del género

El concepto de género se acuña para dar cuenta de la construcción social de las diferencias de los roles, identidades y espacios de movilidad de los hombres y las mujeres en la sociedad. El género, nos dicen Rivera y Ceciliano (2005) es, entre otros, como la edad, la clase social, la nacionalidad, uno de los componentes

³⁹ Waldron (1995) reporta, por ejemplo, que los varones estadounidenses, tienen una dieta más alta en grasas saturadas y tienen bajo consumo de vitamina C lo que podría conducir a una mayor mortalidad por enfermedades del corazón entre los varones. Por otro lado los varones se caracterizan más por la realización del ejercicio físico lo cual modera o baja las probabilidades de las enfermedades del corazón. La presencia de ambas conductas contrapuestas estaría equilibrando la presencia de esta enfermedad ya que una y otra propende en sentido contrario.

básicos de la identidad de las personas⁴⁰, de las mujeres, por un lado y de los varones por el otro. Proporciona y delimita los ámbitos de actuación de los mismos y asigna los roles a desempeñar para cada uno. Los anteriores son producto de un proceso permanente de internalización de disposiciones, normas y valores que la sociedad establece expresándose en ciertas formas de representación y de actuación. Según Garda (2006), es en la familia donde se realizan los procesos de socialización primaria para asumir los roles del género, siguiéndole otras instituciones como la escuela, la iglesia, el Estado, éstas se hallan enmarcadas en un proceso permanente de producción y reproducción de las visiones y roles de género, porque a decir del autor las propias instituciones tienen género, o más bien, que están impregnadas de visiones, ideologías y prácticas de género. Pero al parecer la socialización no es un proceso unidireccional, de las instituciones hacia las personas. El proceso se constituye en una dinámica de interacción entre los sujetos y las instituciones, así, puede contemplarse una dinámica de creación y recreación mutua entre las personas y las instituciones. Dice el propio Garda que las personas entran en contacto con las instituciones no con el fin expreso de aprender a ser hombres y mujeres, pero las instituciones con la práctica y el ejercicio enseñan los roles de género. Por su parte señalan la importancia del discurso en la transmisión de las disposiciones, normas y valores, (“qué se dice y qué no se dice acerca de lo que debe ser un hombre o una mujer, cómo debe

⁴⁰ La identidad alude a la pregunta ¿Quién soy?, ¿Qué soy? La identidad tiene la función de brindar tranquilidad a la persona...ubicándolo en espacio y tiempo, permitiendo su integración individual en el colectivo, lo cual da pie para hablar del “yo” y del “otro” (Campos Salas citado por Rivera y Ceciliano, 2005: 34)

comportarse, qué tiene que sentir, cómo debe actuar”. (Rivero y Ceciliano, 2004: 34).

Desde la adopción del concepto de género como un instrumento analítico, se ha develado el carácter patriarcal de la sociedad (Alatorre y Minelo , 2001, Garduño, 1997), esto es, que las mujeres y los hombres se inscriben en una estructura social jerarquizada subordinados por formas hegemónicas de masculinidad (Garda, 2006), operando, sobre todo en detrimento de las mujeres en todos los campos, así se habla de la relación entre hombres y mujeres como una relación de dominación en diferentes grados con base en el poder cargado del lado masculino. Aunque, a decir de los estudiosos de la masculinidad, los hombres que no se adscriben total o parcialmente a los estereotipos establecidos por esta sociedad, también sufren dominación o, al menos, presiones para lograr los cánones establecidos de masculinidad.

Los autores están de acuerdo en que el trabajo ha sido uno de los factores demarcadores de la relación (Capella, 2007; Rolhfs, et. al. 2000; Garduño, 1997). En este sentido las relaciones de género en nuestra actual sociedad son el resultado de la institucionalización de la relación entre el trabajo productivo y el reproductivo, el primero vinculado con la producción de riquezas y los beneficios que este reporta a quien lo detenta, esto es, a los hombres, y el trabajo reproductivo vinculado con el cuidado y la crianza en el hogar con poco o nulo control sobre los recursos materiales traducido como inequidad en detrimento de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad (Alatorre y Minelo, 2001; Garda, 2006) a partir de aquí se elaboraría socialmente toda una construcción simbólica que soporta y justifica esta relación al grado de aparecer a los ojos de las

personas como relaciones naturales. Por lo que se observa este parece ser un punto de demarcación que coloca a los hombres y las mujeres en diferente posición, para la distribución y los beneficios sociales, impactando en sus formas y condiciones de reproducción y su propia subjetividad. Si se quiere, entonces es el impacto sobre el ser de las personas, sobre su cuerpo mismo, el cuerpo es el punto de partida y de llegada para el mundo genérico. Este es visto y utilizado en dos planos, en el plano práctico de las diferencias anatómica, es sobre el cuerpo sexuado donde se construyen las jerarquías y en el plano de las significaciones simbólicas valorándose, por ejemplo, el cuerpo masculino que pule y resalta su rudeza, control sobre sí mismo, apareciendo apto para el trabajo productivo...y para la dominación⁴¹ (Garda,2006).

La construcción de la masculinidad y la feminidad

La masculinidad es uno de los polos del género y se construye tomando distancia de la feminidad. Se trata de una construcción social que le asigna una serie de atributos y mandatos a partir de los cuales construye su identidad, desempeña determinados roles y ocupa los espacios cedidos y reclamados socialmente.

Refieren Alatorre y Minelo (2001) que si bien la masculinidad hace referencia al cuerpo del macho, la conformación del sujeto masculino se constituye mediante la institucionalización, la codificación cultural y la reconstrucción subjetiva de la

⁴¹ En este punto Garda recupera a Seidler y Szasz cuando señalan el impacto de la conceptualización dualista cartesiana sobre el hombre occidental: la masculinidad vista como racionalidad resultante del ser compuesto de manera separada como cuerpo y mente, donde el cuerpo es controlado por la mente entrenada y disciplinada.

posición de dominio. Así la masculinidad como categoría analítica se articula en tres dimensiones constitutivas. A saber:

Dimensión social: Se refiere a la organización social de las prácticas de acuerdo a la clasificación de los individuos a partir de sus cuerpos sexuados. Cada grupo o polo del género tiene asignado, reconocido y legitimado determinados derechos y obligaciones.

Dimensión cultural. Engloba las codificaciones o representaciones compartidas colectivamente y sus planos simbólicos elaborados a partir de sus características corporales y sus potencialidades productivas, esto hace aparecer las características atribuidas socialmente al varón como características naturales.

Dimensión subjetiva: Es la construcción y reconstrucción individual e interna de las influencias sociales la cual determina las formas de sentir, pensar, actuar y de relacionarse de las personas.

Los autores coinciden en que el trabajo y la sexualidad son factores principales de identidad masculina. Se ha asociado la masculinidad con el trabajo remunerado, aquel cuerpo con potencialidades productivas desempeñando el trabajo creador de riqueza material, lo cual confiere prestigio por desempeñarse en espacios públicos y, al mismo tiempo, concede a quien lo detenta, poder por su papel de proveedor en el hogar (Garda, 2006 Capella, 2007; Jiménez, 2007; Ramírez, 2000). Por el lado de la sexualidad la imagen del varón ha sido cimentada sobre la heterosexualidad a ultranza y ha basado su diferencia a partir de su característica anatómica, la posesión del pene (falocentrismo) y en el mito de su capacidad sexual ilimitada (Garda, 2006).

A la masculinidad se ha asociado una serie de características como la rudeza, la fortaleza, la valentía, la insensibilidad, la agresividad, la racionalidad en la toma de decisiones y actuación, y desde luego, la posesión de inteligencia como expresión directa de la razón (Figueroa, 2005; Cruz, 2007; Jiménez; 2007; Garda, 2006). Vistos como atributos naturales, sin embargo, se trata de estereotipos a los cuales los hombres se adscriben en mayor o menor medida⁴², se convierte en un ideal para aquellos que tratan de alcanzar o refrendar la meta, ya que como dicen los autores, las normas de la masculinidad no se alcanzan de una vez y para siempre, sino que demanda de constantes referendos y demostraciones de aquellas capacidades que se asocian a la masculinidad. Se trata, entonces, de una lucha constante que quizás disfruten los adherentes a los mandatos, sacando ventajas y disfrutando de la situación⁴³, no así para aquéllos que tienen dificultades para alcanzar los estándares de la sociedad, para aquellos que no siempre es placentera la situación. Por eso Hernández (2005), se pregunta si la masculinidad implica poder o dolor por tratar de serlo.

[...]la forma aceptada de ser un varón adulto en una sociedad concreta, es decir, aquello que se refiere a porqué la gente de muchísimos lugares considera el estado de 'hombre de verdad' o de 'auténtico hombre' como incierto y precario, como un premio que se ha de ganar o conquistar con esfuerzo, y de porqué tantas

⁴² Coria (2005), señala que, frecuentemente, la fortaleza atribuida a los varones se encuentra del lado de las mujeres, cita el ejemplo de la crisis económica Argentina de 2001, que lanzó a la clase media a la miseria. "...la angustia cundió en los hogares argentinos sumergiendo a los varones a depresiones nunca vistas, ...y las mujeres desarrollaron su creatividad para insuflar de energía en sus desarmados maridos..."(Coria, 2005: 32).

⁴³ Garda habla de los cuerpos "normatizados", es decir, aquellos que aceptan y asumen como tales las normas de la sociedad patriarcal.

sociedades elaboran una elusiva imagen exclusivista de la masculinidad, mediante aprobaciones culturales, ritos o pruebas de aptitudes y resistencias (Gilmore, citado por Hernández, 2005: 66).

A decir de algunos autores, aún los hombres que parecen disfrutar la situación, en el fondo no implica un verdadero bienestar, para muchos varones al vivir la masculinidad como recurso de dominación y como una experiencia homofóbica, también enfrentan la situación de manera solitaria, silenciosa y aislada, en tanto perciben a los demás como competidores (Figueroa, 2005). Según Garda (2006) existen otro tipo de hombres que conscientemente no aceptan los planteamientos, los rechazan y hasta formulan propuestas alternativas, a esto se refiere el término traducido literalmente del inglés como agencia (*agency*). Montesinos (2002), por su parte se refiere a una nueva masculinidad, la de aquellos que plantean formas alternativas a esta idea de dominación y contradicción irresoluble entre hombres y mujeres.

Entonces, hablar de la masculinidad es hablar de una institución que tiene una relación de mutua realimentación con la sociedad patriarcal, que empuja a los hombres y las mujeres a actuar en el sentido establecido y legitimado, pero no todos los hombres se mueven como “peces en el agua”, hay quienes actúan a pesar de sus capacidades e inclinaciones “antimachistas”, hay quienes trabajan para su cambio y, paradójicamente, hay mujeres que trabajan para su reproducción.

Los factores de identidad femenina, por su lado, también se pueden encontrar en el trabajo y la sexualidad. Hay consensos entre los estudiosos de que la identidad

de las mujeres tiene como punto de partida la maternidad, sus funciones de cuidadoras de los miembros de la familia, como una continuación natural de aquella (Szasz, 1996) y la exclusividad de sus responsabilidades en el trabajo doméstico, de tal manera que el hecho de convivir, para las mujeres significa invariablemente cuidar, además de sus criaturas, a todos los miembros del hogar (Rohlf, et. al. 2000). Lo anterior sería producto del entrenamiento de las mujeres desde muy pequeñas para descifrar las necesidades de los demás y para vivir en la dependencia económica, legal y afectiva (Coria, 2001; Stillion, 1995)⁴⁴. Esto se asocia con la inculcación de los valores de la amabilidad, la ternura, la capacidad o inclinación de reportar a los demás sus sentimientos (Uribe, 2005). Szasz (1996), nos dice que las mujeres son educadas en la pasividad y a admitir un control social estricto sobre su sexualidad, poniendo énfasis en la virginidad de la mujer para llegar al matrimonio, ser fiel y pertenecer a un solo hombre.

De tal manera que, aún cuando la mujer se incorpora al trabajo productivo ha sido en condiciones desventajosas, ya que implica salarios desiguales con respecto a los hombres y jornadas extenuantes o jornadas cortas con muy bajas remuneración. Lo anterior sin liberarse del trabajo doméstico, lo que la ha implicado a las mujeres la condición de doble jornada largamente estudiada (Rohlf, et. al. 2000; Garduño, 1997; Ghazal, 2006).

⁴⁴ De acuerdo a esta última autora, la socialización del género es más sutil de lo que suponemos. Penetra nuestros pensamientos y sustancialmente es uno de los primeros entendimientos que los bebés logran acerca de sí mismos. Por la edad de los 3 años los niños de ambos sexos han desarrollado la esencia de su identidad de género, así como su entendimiento de que el género es constante y ellos pueden completamente clasificar las características relacionadas con el género. (Stillion, 1995: 57)

Salud-enfermedad-atención y género

¿Cuál es el vínculo entre el género y los problemas de salud?

Rohlf, et. al. (2000) señalan la importancia de la categoría de género en la explicación de los perfiles de salud y enfermedad porque permite develar el vínculo entre la base biológica de la constitución de hombres y mujeres, a partir de su sexo y el contexto social.

Los autores proponen un modelo que tiene como núcleo los riesgos diferenciales provocados, de un lado, por una cadena que inicia con la socialización, los roles y las normas considerados desiguales para mujeres y hombres y que en el camino se expresan en una estructura de oportunidades y en la división sexual del trabajo, y de otro lado se observa la incidencia de factores biológicos (morfológicos, fisiológicos, congénitos) en determinados riesgos diferenciales. Tales riesgos diferenciales se afrontan mediante respuestas individuales, las cuales son influidas tanto por la sociedad como por la cultura, dando como resultante determinados niveles de salud y calidad de vida. En otras palabras, los niveles de salud están dados por ciertas condiciones sociales relacionadas con el género y por ciertas condiciones biológicas de los individuos, los cuales reciben un tipo de respuesta condicionada por el nivel socioeconómico y la cultura de los individuos. Ellos aportan elementos para distinguir cuándo la variación de las condiciones de salud es provocada por factores biológicos a la cual consideran como *diferencia*, y la variación provocada por el género, a la cual denominan como *desigualdad*. En otras palabras, la salud de hombres y mujeres es diferente y es desigual, diferente cuando se reconoce la base biológica y desigual cuando la variación se debe a las relaciones sociales entre los sexos. Según ellos se trata de diferencias por tener

un origen en la naturaleza y desigual por provenir de las injustas relaciones entre los sexos derivados de las condiciones impuestas por la sociedad patriarcal. Así, establecen que tanto las desigualdades sociales como las diferencias biológicas generarán riesgos diferenciales que se afrontan también de manera diferencial de acuerdo las condiciones sociales, la cultura o la normativa institucional (Rohlf, et. al. 2000). Valls-Llovet (s/f) llama la atención, sin embargo, en que esta idea de observar diferencias de género a ultranza ven coincidencias entre hombres y mujeres. Asimismo, pasan por alto otras causas que inciden, como la clase social, demandas de trabajo, contaminación ambiental, etc. que participan en diferentes grados en los riesgos u oportunidades de la vida. Se trata de observar con mayor detenimiento la participación, los niveles y grados jerárquicos de participación de cada elemento. Valls y Llovet (s/f) llama la atención en no caer en los reduccionismos, tanto sociológicos como biofisiológicos, sino concederle a cada factor su justa ubicación y participación. Se trata de observar la imbricación entre ambos. Garduño (1997) señala que la salud y la enfermedad son el resultado de la síntesis entre lo biológico y lo social como producto de las prácticas y relaciones en la vida diaria de las personas, “la alianza entre lo biológico y la historia”. En aras de captar la complejidad del proceso (Garduño, 1997 recurriendo a Peña), concibe que en muchos casos lo biológico precede a lo social, pero en otros casos se supedita a lo social, esto le conduce a concebir la relación en tres niveles, a saber: el biológico, el [humano] individual y el nivel [humano] colectivo. El primero es concebido como un plano donde se impacta sobre los órganos de la hembra o del macho, sin mediaciones, por eso habla del carácter objetivo de la enfermedad. En otro nivel donde ya interviene el plano simbólico y las diferencias

sociales, lo divide en un plano individual y otro colectivo. El nivel individual no descarta la participación social, donde se observa las vivencias del proceso salud-enfermedad y se capta el resultado empírico de las contradicciones humanas, entre ellos el efecto del género, las cuales se expresan en la subjetividad y propician las vivencias y respuestas singulares de los individuos. Dice la autora que es en este nivel donde la salud [o la enfermedad] afecta a los individuos en su calidad de varones o mujeres, "...comprendiendo cómo la identidad de género lleva a conductas particulares y modula otras individuales, que nos constituyen finalmente en nuestra singularidad y [observar] cómo esa singularidad se transforma en expresiones corporales" (Garduño, 1997: 3). El nivel colectivo se concibe como un nivel de mayor complejidad, percibiendo la salud y la enfermedad como la síntesis de las contradicciones sociales cuya resultante son los perfiles de salud-enfermedad. Según la autora en este nivel el uso de la categoría de género permite explicar las diferencias de los problemas de salud de varones y mujeres por ser resultado de las relaciones sociales y porque al observar que son diferencias construidas, son modificables a condición de modificar las determinantes fundamentales de la sociedad ejerciendo control, dominio y dirección sobre los procesos y el propio cuerpo (Garduño, 1997). Decantando la expresión del género en la salud, la enfermedad y la muerte la autora analiza las cifras y causas de mortalidad de los varones y observa la disparidad de muertes por causas destructivas entre los hombres⁴⁵ indicando

⁴⁵ Incluye en este grupo a los traumatismos y envenamientos, accidentes y efectos adversos; suicidios y lesiones autoinfligidas; homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona (Garduño, 1997: 5)

cifras que alcanzaron el 16% de todos los diagnósticos en 1993, mientras que entre las mujeres la cifras fueron de sólo el 3.24%. Todas las anteriores relacionadas con las conductas atribuidas a la masculinidad como son las conductas violentas, la agresividad las demostraciones de fuerza y valentía rayando en la temeridad, abuso de las capacidades corporales, etc. (Figuroa, 2005; Garduño, 1997). Según esto, otra vía de los accidentes y las muertes violentas es la alcoholización más recurrida y legitimada entre los varones (Figuroa, 2005; Garduño, 1997).

La vinculación entre la salud y la feminidad lo encuentra por la vía del trabajo. Según ella, el trabajo femenino asociado como de manera natural con el trabajo doméstico, caracterizado por la descalificación, desgastante física y emocionalmente, siempre insatisfactorio para sí mismas y para los demás.

Las jornadas de larga duración y de difícil control, la culpa frente a las demandas constantes de la familia, la imposibilidad de cumplir con ambos trabajos que genera una sensación de dejar todo incompleto, los sentimientos de insatisfacción frente a las pocas expectativas de triunfo y la auto atribución de fracasos, las pocas horas de reposo, en fin todo aquello que genera un síndrome de estrés propio de las trabajadoras (Garduño, 1997: 10).

Davidson (2006), ubicado en el plano de las respuestas, encuentra también tres niveles de vinculación, a saber, el biológico, el psicológico y el social, aunque se centra en los dos primeros argumentando el abundante abordaje del nivel social en la literatura. Encuentra que el nivel biológico y el psicológico interactúan. Aunque al final critica la perspectiva, encuentra evidencias de la influencia

biológica en la mayor tendencia a la depresión femenina, donde intervienen, según, factores genéticos, hormonales y del sistema neurotransmisor. En el nivel psicológico encuentra mayores factores diferenciales en 5 áreas, siendo estos el de la *personalidad, apoyo social, capacidades de respuestas, habilidades y manejo de la enfermedad, actitudes y valores y conductas relacionadas con la salud.*

a) *personalidad* encuentra diferencias, por ejemplo en la adherencia a los regímenes médicos; la valoración cognoscitiva que se hace de la salud, la elección de conductas saludables y estilos de vida; en el tipo de respuestas al estrés.

b) *apoyo social*, encuentra diferencias en las capacidades de hombres y mujeres para conseguir y proporcionar apoyo social;

c) *capacidades de respuestas, habilidades y manejo de la enfermedad* también hace la diferencia entre hombres y mujeres...

d) *actitudes y valores* influyen en la salud ya que dependiendo del significado individual atribuida a la salud la respuesta, su interacción (o falta de él) con los profesionales de la salud o el uso de los servicios alternativos;

e) *conductas relacionadas con la salud*, se refiere sobre todo a los efectos de los roles femeninos sobre su salud, como ser cuidadoras, vulnerabilidad ante la violencia o que son menos inclinadas a la realización del ejercicio físico que a la larga lleva al deterioro de la salud.

La propuesta de Helgeson (1995) sobre las conductas de los varones propensos a las enfermedades coronarias incluye tres características, aunque a decir de otros autores estas pueden ser extensivas a otras enfermedades (Capella, 2007;

Ramírez, 2000; Jiménez 2007), estos son: la *conducta tipo A*, *apoyo social* y *cuidado de la salud*.

a) Conducta tipo A: caracterizada por una extrema agresividad, fácil inclinación a la hostilidad, esfuerzo competitivo para el logro de las metas, sentido de urgencia del tiempo, mayor concentración hacia el trabajo desviando la atención para captar los signos previos de una enfermedad como es la fatiga que precede a un ataque al corazón, por ejemplo. Las tres características primeras son consistentes con aquellos que halló en sus indagaciones y que los psicólogos sociales y teóricos de la personalidad denominan características de la masculinidad tradicional tales como agresividad, competitividad, hostilidad, estilo arrogante y dictatorial, insensibilidad a las crisis personales, no pedir ayuda, ni llorar o lamentarse ante los problemas.

b) Apoyo social. Se reconoce que la carencia de una adecuada red de apoyo social se asocia con una mayor mortalidad (...). Según esto, los hombres proveen y reciben menos apoyo social que las mujeres y son menos inclinados a buscarlo, principalmente recibir apoyo emocional, porque, presumiblemente, buscarlo es signo de debilidad y dependencia. Refiere el autor que la provisión y recepción de apoyo social parece vincularse con la expresividad emocional, el revelar o expresar sus debilidades y vulnerabilidades a los demás y la empatía. En lo referente a esta última⁴⁶, implica conceder atención e importancia a la relación con otra(s) personas (s) tendiendo como elemento los sentimientos y las

⁴⁶ La empatía describe la capacidad intelectual de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. Es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales.

emociones, precisamente aquellas características a las cuales se niega el varón. Refiere el autor que regularmente la amistad entre los varones se basa sobre la competitividad y antes que enfocarse en la expresión de las emociones, como parece ser una de las funciones de la amistad entre las mujeres, sus elementos de identificación son, por ejemplo, la similitud de sus actividades, de lo que hacen en el trabajo⁴⁷. Podemos decir entonces que, en el caso de las mujeres la relación es más de tipo sentimental, en tanto que entre los hombres la relación es más instrumental.

c) Los hombres fallan en seguir el estándar de prácticas de salud, reporte de síntomas y visitas al médico. Esta última característica parece ser el corolario de las anteriores. Demostración de fuerza, indiferencia a los sentimientos, no mostrar sufrimiento, no pedir ayuda, no experimentar síntomas y sentimientos que ellos perciben como signos de debilidad. Los varones que se adhieren a estos planteamientos muestran poco cuidado de su salud y fallan a responder a los síntomas. Dice que lo dañino de esto es la dilación en el reporte de los síntomas. Lo sintieron pero no lo reportaron por no dar signos de debilidad, porque interfieren con su trabajo o porque afecta su identidad masculina.

Por lo que podemos observar el concepto de género permite apreciar las diferencias entre hombres y mujeres con la condición de adoptarlo como el terreno donde se mueven hombres y mujeres, ya que inicialmente la adopción del

⁴⁷ “Para la mayoría de los hombres el empleo proporciona los recursos económicos y los beneficios simbólicos relacionados con el salario, así como las habilidades, la experiencia, la carrera profesional, las posiciones del poder y de autoridad que construyen su identidad” (Collins y Eran, citado por Capella: 154). En otras palabras el empleo constituye la vida de los varones y en torno a él giran sus demás actividades.

concepto de género fue sinónimo de hablar de lucha de la mujer (Garduño, 1997). El concepto de género sacó a la luz la sociedad patriarcal que impone sus condiciones a toda la sociedad (occidental), considerado, en un momento, como hecha para el beneficio de todos los hombres. Pero como podemos observar en este apartado, “no todo es miel sobre hojuela” para los varones, muchos en aras de conservar y defender la masculinidad pierden la salud y la vida. Otros viven las presiones por alcanzar los estándares que la sociedad establece y en este trayecto también sacrifican o empeñan su salud y su vida. Esto es observable en el momento que deben soportar sus sufrimientos o los síntomas de sus enfermedades de manera callada o solitaria, o al resistirse a solicitar ayuda profesional exponiéndose a mayores complicaciones o a perder la vida.

Falta aún emprender trabajos que aporten datos empíricos sobre el vínculo entre el género y la salud. En este trabajo se indaga sobre la diabetes y la respuesta de la pareja, enfermedad también de incidencia diferencial entre hombres y mujeres, pero explicable hasta el momento por vía genética y por la condición socioeconómica. El otro aspecto es la explicación de las respuestas de las parejas, hombres y mujeres al problema de la diabetes, el cual parece tener explicación y sustento en las líneas ya aportadas.

Capítulo V

El perfil de las personas con diabetes

Se trata de los resultados de la encuesta donde se señalan los siete aspectos de la vida de las personas que padecen diabetes (características socioeconómicas del diabético o diabética; antecedentes heredo-familiares; diagnóstico y evolución de la enfermedad; percepción de deterioro en su calidad de vida; adhesión a las formas de tratamiento y control; conocimiento sobre la enfermedad; apoyo social percibido por el o la paciente) arrojando información que permite tener un perfil de los mismos. Cada pregunta se traduce en un cuadro resultante de un conteo simple. Se obtienen porcentajes para captar las proporciones, en otros casos donde se considera procedente se desglosa por sexo para determinar la participación del género en el evento en análisis.

1. Edad

Grupo de edad	%M	%H	Total
30-40	2.5	0	2.5
40-49	6.2	8.7	13.7
50-59	20	15.0	32.5
60-69	13.7	15.0	27.5
70-79	6.2	11.2	20.0
80-89	1.2	0	1.2
Total	50	50	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS,
Diciembre de 2006-junio 2007

Cuadro 1 sobre los grupos de edad. La edad de las personas entrevistadas se distribuye entre el rango de 30 a 89 años, pero las cifras mayoritarias se cargan

hacia los rangos de edad entre 50 y 69 años, cifra correspondiente a 24% de mujeres y 30% de hombres. En el grupo de edad de 70 a 89 años la cifra baja sensiblemente, sólo el 75% de mujeres y 11.25% de hombres, y sólo se encuestó a una mujer alcanza los 80 años.

Características socioeconómicas
2. Escolaridad

Escolaridad	M %	H %	Total
Analfabeta	7.4	00	3.7
Sabe leer	10.0	2.5	6.2
Primaria incompleta	20.0	22.5	21.2
Primaria completa	44.5	25.0	35.0
Secundaria incompleta	00	12.5	6.2
Secundaria Completa	5.0	5.0	5.0
Bachillerato, técnico o comercial incompleto	7.5	00	3.7
Bachillerato completo	2.5	17.5	10.0
Licenciatura incompleta	00	12.5	6.2
Licenciatura	2.4	2.5	2.5
Posgrado	00	00	00
Total	50	50	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS Diciembre de 2006-junio 2007

En lo referente al nivel educativo, se aprecia mayor concentración en el nivel primaria (completa e incompleta), alrededor del 50% de los hombres y alrededor del 60% de las mujeres. La cantidad restante de varones se dispersa hacia grados mayores de escolaridad, desde secundaria incompleta hasta licenciatura.

Las mujeres, en cambio tienden a ir hacia abajo, de primaria completa hacia grados menores, al punto de que cuatro solo saben leer y tres son analfabetas.

3. Ocupación

Ocupación	M %	H%	Total
Hogar	77.5	00	38.7
Profesionista	2.5	2.5	2.5
Técnico u oficial	5.0	12.5	8.75
Obrero	2.5	00	1,2
Oficinista o trabajador administrativo	00	15.0	7.5
Comerciante	2.5	12.5	7.5
Comerciante informal	00	2.5	1.2
Chofer	00	5.0	2.5
Trabajador en servicio...	5.0	00	2.5
Incapacitado	2.5	7.5	5.0
Pensionado	2.5	35	18.7
Desempleado	00	7.5	3.75
Total	100	100	

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS.
Diciembre de 2006-junio 2007

En la ocupación se aprecian diferencias entre hombres y mujeres, poco más de 75% de las mujeres entrevistadas tienen como actividad principal el hogar, en tanto que ningún hombre asume esta actividad. En las filas de las mujeres el porcentaje restante se dispersa en una gama de amplia de categorías encontrando solo una profesionista. Por el lado de los hombres, alrededor del

35% es pensionado. En tanto que las restantes dos terceras partes se encuentra aún laborando y se dispersa en una amplia gama de actividades, aunque presentan cierta concentración en 3 actividades (técnicos u oficiales, oficinistas y comerciantes, alrededor de 13% cada uno).

4. Estado civil

Edo.civil	M%	H %	Total
Soltero/a	7.5	0.0	3.7
Casado/a	75.0	92.5	83.7
Divorciado/a	0.0	2.5	1.2
Viudo/a	17.5	5.0	11.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS.
Diciembre de 2006-junio 2007

En cuanto al estado civil 83.7% de las personas son casadas. Desglosada por género, se detecta 75% en las filas de mujeres y un poco más del 90% de los varones se encuentran casados. Entre los hombres solo se observan dos viudos (5%) contra 7 mujeres (20%), ninguna mujer divorciada y solo un hombre es divorciado.

Antecedentes heredo familiares

5. Padres con diabetes

Condición	M %	H%	Total
Si	50.0	50.0	50.0
No	48.7	38.7	42.5
No sabe	01.2	11.2	07.5
Total	100	40	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

Referente a los antecedentes heredo familiares, 50% De las personas manifestó tener antecedentes directos de diabetes (alguno o ambos padres). En hombres y mujeres coincide la cifra, 50% y 50% respectivamente en esta situación; pero el número de mujeres declarantes sin antecedentes fue mayor al de los hombres (48.7% contra 38.7%). En tanto que más hombres (11%) y menos mujeres (1.2%) declararon desconocer su situación.

6. Otros familiares

Parentesco	M%	H %	Total
Hermanos	17.5	07.5	12.5
Abuelos	40.0	30.0	35.0
Tíos	12.5	17.5	15.0
Primos	02.5	0.0	01.2
Ninguno	22.5	37.5	30.0
No sabe	05.0	07.5	06.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

La suma de personas que manifestaron tener o haber tenido algún pariente diabético fue de 51 (63.7%), de los cuales 29 (72.5%) fueron mujeres, en tanto que 22 (55%) fueron hombres. La cifra de personas que manifestaron no tener ningún pariente diabético fue relativamente menor (30%). Las personas que desconocen su situación al respecto fue mínima (6.2%).

7. ¿Cómo supo que tiene diabetes?

Signos y síntomas	M%	H%	Total
Sintió mucha sed	20.0	30.0	25.0
Se sintió mal	20.0	25.0	22.5
Varios síntomas	20.0	02.5	11.2
Bajó de peso	05.0	07.5	06.2
Por algún síntomas y/o complicación	05.0	02.5	03.7
Por un chequeo de rutina	17.5	05.0	11.2
Accidentalmente	12.5	27.5	20.0
TOTAL	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

El 25% de las personas detectó su enfermedad a partir de sentir mucha sed; 23% acudió al médico por sentir algún malestar (cansancio, dolor de cabeza, mareos, boca seca, etc.); 11% acudió por experimentar varios síntomas de los mencionados; 6% acudió al médico por pérdida de masa corporal; 4% por sufrir alguna de las complicaciones de la enfermedad, como las retinopatías, neuropatías, etc.; 11% de las personas detectó su enfermedad por estudios rutinarios; 20% detectó su enfermedad de manera accidental. Tratando de diferenciar hombres y mujeres, del renglón 1 al 6 se observan similitudes, las diferencias se presentan en el renglón 7 “por chequeo de rutina” donde la cifras de mujeres (7) casi cuadruplica a las de los hombres (2), significa que más mujeres que hombres están al tanto de su salud. Lo cual se refleja en el renglón 8 “detección accidental”, la cifra de hombres (11) que detectaron accidentalmente su enfermedad es más del doble que el de las mujeres (5).

8. Antigüedad del diagnóstico

Antigüedad	M %	H %	Total
Menos de 1 año	05.0	2.5	3.7
Mas de un año	10.0	2.5	6.2
Mas de 2 años	15.0	20.0	17.5
Mas de 5 años	25.0	22.5	23.7
Mas de 10 años	27.5	32.5	30.0
Mas de 20 años	10.0	17.5	13.7
Mas de 30 años	07.5	2.5	05.0
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

En el cuadro 8 sobre la antigüedad del diagnóstico permite apreciar que la mayoría de las personas se concentra en el grupo de más de 10 años de antigüedad (30%) desglosado en 33% de las filas de los hombres, contra un 28% de las filas de las mujeres. Le sigue el grupo con más de 5 años (alrededor de 25% cada uno), en tercer lugar se encuentran las personas que tienen más de 2 años. Se observan personas con más de 20 años con el padecimiento (casi 20% de hombres y 10% de mujeres) y aún la existencia de personas con una antigüedad mayor de 30 años (2.5% de hombres y 7.5% de mujeres). El número de personas con el padecimiento de uno y menor de un año suma un porcentaje del 3.7%, alrededor de 3% de varones contra 5% de mujeres.

9. Complicaciones

Complicaciones	M%	H%	Total
Retinopatías	7.5	15	11.2
Problema de riñones	5	5	5.0
Problemas de corazón	0	0	0
Complicación de heridas	0	0	0
Neuropatía	5	5	5
Diálisis	0	0	0
Amputaciones	0	5	2.5
Ceguera	2.5	0	1.2
Impotencia sexual	0	10	5
Otros	10		5
Varios de los anteriores	15	5	10
Total	45	45	46

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS.
Diciembre de 2006-junio 2007

En cuanto a las complicaciones reflejadas en el cuadro número 9. La cantidad de personas que manifestaron tener alguna complicación fue de 46% (poco menos de la mitad de la población) distribuida en cifras semejantes de hombres y mujeres (18 respectivamente). En contraparte más de la mitad de hombres y mujeres no manifiesta complicación alguna.

En lo referente a la percepción del deterioro de su calidad de vida (cuadro 10), 45% de las personas manifestó percibir deterioro. 47% de las mujeres, en tanto que 42% de los hombres manifestó deterioro. Diferencias ubicadas ambas por abajo del 50% donde más mujeres manifiestan percibir deterioro en su calidad de vida. Inversamente, los que manifestaron no percibir deterioro fue mayoría (53% de mujeres y 58% de hombres). Dentro del cual la cifra de hombres supera a la de

10. Percepción de deterioro en su calidad de vida

	M%	H%	Total
Sí	47.5	42.5	45
No	52.5	57.5	55
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

las mujeres. En otras palabras, menos hombres expresan deterioro en su calidad de vida.

Las personas que indicaron el tipo de dolencia, deterioro o limitación (cuadro 11) sumaron 43% del total de la población entrevistada. Los tipos de problema que más hombres reportaron fueron dos, problemas sexuales por parte de cuatro hombres (10% del grupo) y dolencias y limitaciones físicas fue la queja de una cantidad similar de hombres. En tanto que los problemas que más mujeres Manifestaron fueron “cansancio frecuente” (4 mujeres) y depresión (4 mujeres)

11. ¿En qué consiste el deterioro?

Problemas	M%	H%	Total
Incapacidad de realizar acts. habituales	5	5	5
Pérdida de dinamismo	5	2.5	3.7
Cansancio frecuente	10	2.5	6.2
Imposibilidad de convivencia y disfrute	7.5	2.5	5
Sufrimiento por dolencias y limitaciones	5	10	7.5
Problemas sexuales	0	10	5
Depresión	10	2.5	6.2
Varios de los señalados	0	2.5	1.2
Otros	5	2.5	3.7
Total	47.5	40	43.5

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS
Diciembre de 2006-junio 2007

El 18% de mujeres expresó preocupación por las limitaciones en la convivencia y disfrute de la vida que impone la diabetes. Los restantes porcentajes, tanto en hombres como en mujeres, se dispersaron en las diferentes causas incluidas.

Ante la pregunta de cuál consideran la consecuencia más grave de su enfermedad (cuadro 12), 11 hombres (75%) y 7 mujeres, (60%) del total de entrevistados consideraron como más graves las complicaciones de tipo orgánico

12 ¿Cuáles son las consecuencias más graves?

	M	H
Las complicaciones orgánicas	07	11
La depresión por la enfermedad	03	00
Problemas sexuales	00	03
Incapacidad de trabajar	00	01
Realización de las indicaciones médica	01	01
Deterioro de la apariencia física	00	00
Varias de las anteriores	02	00
Total	13	16

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

En orden descendente, en el caso de los varones son los problemas sexuales los considerados como la consecuencia más grave (cerca del 20%); por el lado de las mujeres la depresión preocupa a cerca de 25% de este grupo de población.

En cuanto a la adhesión a las indicaciones médicas, solo 13 , es decir, 16.5% del total de la población entrevistada manifestó seguir completamente las indicaciones médicas (dieta, régimen de ejercicio físico y administración de medicamentos)

Adhesión a las formas de tratamiento y control de la enfermedad

13 ¿Sigues las indicaciones médicas?

	M%	H%	Total
Sí	20	12.5	16.5
No	5	20	12.5
Parcialmente	75	67.5	71
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

cinco varones y ocho mujeres (12 y 20% respectivamente), niegan totalmente seguir las indicaciones. Es un poco más baja que los que la siguen, esto es, 10 personas, 22% del total, (8 hombres y 2 mujeres), aunque el número de varones en esta situación cuadruplica al de las mujeres. La mayoría tanto de hombres como de mujeres cae en la categoría de seguimiento parcial, 27 varones (70% de su grupo), contra 30 mujeres, cerca de 80% del total de su grupo.

Las cifras tienen similitudes con el anterior sobre seguir una dieta, ya que la mayor cantidad de las personas manifestó seguir parcialmente la dieta 61% del total, 23 hombres (58%) y 26 mujeres (65%).

14. Adhesión a la dieta

	M%	H%	Total
Si	25	15	20
No	10	27.5	18.7
Parcialmente	65	57.5	61.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Las cifras de las personas que sí cumplen y las que incumplen totalmente son similares 16 y 15 respectivamente (20 y 19%) aunque en su interior las cifras se invierten, las cifras mayoritarias de las que cumplen se verifica entre las mujeres, 10 contra 6 hombres, pero destaca el número de varones por su incumplimiento, 11 contra 4 mujeres.

15. ¿Quién le prepara la comida?

	M%	H%	Total
Cónyuge	0	70	35
Mismo (a)	85	5	45
Otros familiares	10	10	10
Come en la calle	5	10	7.5
Come donde puede	0	5	2.5
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

En lo referente a la preparación de la comida, 28 (75%) hombres señalan a su cónyuge como la que les prepara la comida, en tanto que ninguna mujer señaló a su cónyuge para prepararle la comida. Ellas, por su lado en su inmensa mayoría 34 (85%) manifestaron prepararse ellas mismas su comida. 10%, tanto de hombres como de mujeres señalaron que otros familiares les preparan la comida; 10% de hombres y 5% de mujeres informaron comer comida preparada fuera de su hogar (“Comer en la calle”). 5% de los hombres manifestó una situación incierta en materia de comida, comer lo que esté al alcance de la mano –en su casa, en casa de familiares, puestos ambulantes, etc.- ninguna mujer se encuentra en esta última situación.

16. ¿Realiza ejercicio físico?

	M%	H%	Total
Camina por sus actividades	7.5	5	6.2
Camina deliberadamente diario	25	17.5	21.2
Hace ejercicio diariamente	7.5	15	11.2
Hace ejercicio cada tercer día	5	5	5
Hace ejercicio dos veces por semana	5	10	7.5
Hace ejercicio una vez por semana	0	5	2.5
Mueve extremidades	0	2.5	1.2
No hace ejercicio	50	40	45
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

El mismo número de personas de ambos sexos que manifiestan no hacer ejercicio es la más alta, 40% de hombres y 50% de mujeres, si a esta cantidad se le suma la de personas que indicaron caminar por su trabajo, 5% de hombres y 7% de mujeres la cifra de personas que no dedican tiempo para realizar ejercicio físico deliberado aumenta a 45% de hombres y 57% de mujeres. La cifra de personas que hace ejercicio de manera cotidiana –desde 1 vez por semana hasta las que lo hacen todos los días se reduce a 35% de los hombres y 18% de las mujeres.

Frente a la parcialidad en el cumplimiento de las dos medidas anteriores (dieta y ejercicio), es de notar la diferencia que presenta la administración de los medicamentos, cuyo cumplimiento total es por parte de 77% de las personas de ambos sexos. Desglosado por sexo se observa el cumplimiento en 77% de los

17. ¿Toma los medicamentos indicados?

	M%	H%	Total
Totalmente	75	78	76.7
Solo algunos medicamentos	5	7.5	6.2
No consume ninguno	7.5	2.5	5
Parcialmente porque olvida	5	7.5	6.2
Consume ahora, antes no	5	2.5	3.5
Consumía antes, ahora no	0	2.5	1.2
No respondió	2.5	0	1.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

hombres y 75% de las mujeres. La cifra de incumplimiento total es de 5%, de todo el grupo. Por sexo se observa 2% de los hombres y 8% de las mujeres en el cumplimiento. El 19% restante cubre el espectro del cumplimiento parcial de esta indicación.

Respecto a las personas que han buscado formas adicionales para erradicar o controlar su enfermedad, 45% de hombres y 63% de mujeres manifiestan experimentar con algún tipo de medicina alternativa, las restantes personas, no lo han hecho.

18. ¿Ha buscado formas adicionales?

	M %	H %	Total
Si	62.5	45	53.5
No	37.5	55	46.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

De total que ha recurrido a una forma adicional, 15% de hombres y 17% de mujeres toma algún tipo de té. Un porcentaje igual al anterior de hombres y 37%

de las mujeres han recurrido a la herbolaria. 15% de hombres y dos mujeres (5%) manifiestan haber acudido a diversas técnicas, a la homeopatía sólo ha acudido una mujer (2%).

19. Tipo de medicina alternativa

	M%	H%	Total
Tés	17.5	15	16.22
Herbolaria	37.5	15	26.25
Homeopatía	2.5	0	1.2
Varias técnicas	5	15	10
Total	62.5	45	56.63

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Conocimiento sobre la diabetes

Las respuestas sobre la pregunta, ¿En qué consiste la diabetes? (cuadro 20) Fue muy dispersa. La respuesta mayoritaria fue la falta o no producción de insulina, 20% de hombres y 15% de mujeres. Azúcar en la sangre fue la respuesta que siguió en el orden ascendente 10% de los hombres y 18% de las mujeres.

El siguiente orden correspondió a la respuesta como una enfermedad flagelante 15 de hombres y 10% de mujeres. Respondió que se trataba de una enfermedad deteriorante el 22% de los hombres y el 7% de las mujeres. En la categoría de una enfermedad crónica-degenerativa correspondió la respuesta de 10% de hombres y una mujer (2.5%). Una cantidad minoritaria de respuesta se dispersó en otras categorías expresadas en el cuadro. El 20% de hombres y el 32.5% de mujeres

20. ¿Qué es la diabetes?

	M%	H%	Total
8zúcar en la sangre	17.5	10	13.7
Falta o no producción de insulina	15	20	17.5
Una enfermedad crónica degenerativa	2.5	10	6.2
Una enfermedad peligrosa pero controlable	2.5	7.5	5
Una enfermedad flagelante	10	15	12.5
Una enfermedad deteriorante	7.5	7.5	10
Una compañera de toda la vida	2.5	2.5	2.5
Una enfermedad que enseña a cuidarse	2.5	00	
Otro	7.5	2.5	5
No sabe	32.5	20	26.25
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

no supieron formular una respuesta al respecto, es decir, manifestaron no saber de qué se trata de la enfermedad.

Respecto a las causas de la enfermedad (Cuadro 21), la herencia fue el factor mayoritariamente asociado, 25% de las mujeres y 18% de los hombres. Visto por género, la cantidad mayoritaria de los hombres (30%) lo atribuyó a los excesos (comida, bebida, desveladas, sedentarismo, etc.), frente a sólo el 10% de las mujeres. Entre las mujeres la causa principal fue atribuida a la conjunción de susto y coraje (28%), sólo el 5% de los hombres se inclinó por esta respuesta.

21. ¿Por qué da la diabetes?

	M%	H%	Total
Por un susto	15	15	15
Por un coraje	2.5	10	6.2
Por susto y coraje	27.5	5	16.2
Por herencia	25	17.5	21.2
Por los excesos	10	30	20
Por sedentarismo	2.5	0	1.2
Por obesidad	5	5	5
Por sedentarismo y una emoción	10	5	7.5
No sabe	0	10	5
No respondió	2.5	2.5	2.5
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Hubo coincidencia entre hombres y mujeres en asociar un evento de susto como causa de su enfermedad 15% respectivamente. La obesidad como factor sólo fue identificado por el 5% de hombres y mujeres respectivamente. El sedentarismo como factor único mereció la respuesta de sólo una mujer (2%). En tanto que el sedentarismo asociado con una emoción mereció ligeramente un mayor porcentaje de respuestas, 5% de hombres y 10% de las mujeres.

22. ¿Se quita?

	%M	%H	Total
Si	5	10	42
No	55	45	18
Se controla	32.5	30	25
No sabe	7.5	15	9
Total	100	100	80

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Ante la pregunta de si se cura la diabetes, 55% de las mujeres y 45% de los varones y respondió que no se quita. 32% de las mujeres y 30% de los hombres y señaló que sólo se controla. Mientras que 10% de los hombres y 5% de las mujeres cree que sí se erradica. 15% de los hombres y 8% de las mujeres no saben.

La mejor manera de cuidarse (cuadro 23), 40% tanto de hombres como de mujeres consideraron como la mejor manera de cuidarse es siguiendo la dieta indicada médicamente, 22% de los hombres señaló que moderando los consumos (alimentación, azúcares, bebidas alcohólicas, etc.), este rubro no fue importante para las mujeres, respondiendo sólo una mujer en este sentido. Para el 25% de

23. La mejor manera de cuidarse

	%M	%H	Total
Seguir la dieta Indicada	40	40	40
Hacer ejercicio	7.5	2.5	5
Tomar los medicamentos indicados	7.5	0	3.7
Buscar tratamiento alternativo	0	5	2.5
Evitar las emociones	5	5	5
Recibir atención y cariño familiar	2.5	0	1.2
Recibir apoyo moral de la familia	2.5	0	1.2
No tomar dulce	2.5	15	16.2
Moderarse en los consumos	2.5	22.5	25
No Sabe	20	5	25
No respondió	10	5	15
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

hombres, la mejor manera de cuidarse es evitando los dulces, la respuesta de las personas restantes recayó en forma minoritaria en las diversas categorías incluidas.

Apoyo emocional y social

(Cuadro 24) Según lo manifiestan, el 35% de las mujeres y 40% de los varones percibieron indiferencia de parte de sus familiares cuando se enteraron de su padecimiento, el porcentaje de mujeres superó al de los hombres en preocupación por parte de sus familiares (38% frente al 32% de los hombres), halló apoyo y consuelo por parte de sus familiares ante la noticia del padecimiento. Sólo el 15% de hombres y 18% de mujeres, 20% de los hombres no se acuerda cual fue la reacción familiar, frente a 8% de las mujeres.

24. ¿Cuál fue la respuesta de sus familiares ante la noticia del diagnóstico?

	%M	%H	Total
Preocupación	37.2	32.5	35
Apoyo y consuelo	7.5	5	6.2
Indiferencia	35	40	37.5
Resignación	5	1.2	3.7
Confusión	7.5	0	3.7
No se acuerda	7.5	20	26.5
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

¿Qué sentimiento le provocó la noticia? (Cuadro 25) La respuesta desesperación y tristeza al recibir el diagnóstico médico acaparó un alto porcentaje de hombres y mujeres 45 y 25% respectivamente. En la categoría Preocupación recayó un

25. ¿Qué sentimientos le provocó a Ud. la noticia?

	%M	%H	Total
Preocupación	22.5	20	42.5
Coraje	0	2.5	1.2
Desesperación y tristeza	45	25	35
Rechazo y negación	5	7.5	6.2
Resignación	10	17.5	13.7
Indiferencia	12.5	12.5	12.5
Confusión	5	0	2.5
Tranquilidad	10	15	12.5
No respondió	0	15	7.5
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

porcentaje de 22% de mujeres y 20% de hombres. Según esto, 10% de las mujeres y 15% de los varones y recibió la noticia con tranquilidad. De acuerdo a los señalamientos, 12% tanto de mujeres como de hombres recibió la noticia con indiferencia. Rechazo y negación, fue la respuesta de 8% de mujeres y 5% de hombres.

Ante la pregunta ¿Quién le apoya? (cuadro 26), 40% de las mujeres halló mayoritariamente solidaridad en sus hijos, frente a 18% de los hombres. Le siguió en orden de importancia el número de mujeres que halló apoyo de parte de su esposo (32%), en tanto que 30% de hombres lo encontraron en sus esposas. Fue similar al anterior el porcentaje de hombres que halló apoyo tanto en sus esposas como en sus hijos (27%), sólo una mujer (2%) halló un apoyo semejante, 10% de

26. ¿Quién le apoya?

	%M	%H	Total
Esposa (o)	32.5	30	31.2
Hijos	40	17.5	28.7
Ambos	2.5	27.5	15
Otros familiares	2.5	2.5	5
El o ella misma	12.5	10	11.2
No respondió	10	12.5	11.2
Total	100	100	100

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

hombres y 12% de mujeres manifestó apoyarse a sí mismos, es decir, no reciben apoyo de parte de otros familiares.

Discusión

Los resultados de este estudio permiten dar cuenta de la variabilidad de manifestaciones y situaciones que se presentan en la vida de las personas con diabetes.

1. La finalidad de la indagación de los datos socioeconómicos, como la escolaridad y la ocupación, es para conocer las características de la población entrevistada. No es propósito del trabajo establecer asociaciones entre la incidencia de la enfermedad y el nivel socioeconómico. Otros autores han logrado establecer asociaciones, Tapia y Olaiz (1994), basándose en la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENS) señalan una prevalencia de 15.6% entre los adultos con bajo o nulo nivel educativo, frente a un 2,8% de prevalencia entre personas con estudios de posgrado.

Lo anterior los llevó a establecer que esta enfermedad es actualmente una enfermedad de la pobreza, rectificando una idea prevaleciente hasta ese momento en el sentido de la diabetes como una enfermedad de la opulencia. El nivel educativo parece ser también importante en el momento de la explicación de la enfermedad y sus consecuentes medidas de control, pues éste proporciona un bagaje teórico para entender los mecanismos de acción de la enfermedad y la adopción de las medidas preventivas y de control, no sería lo mismo con conocimiento de causa, que hacerlo de manera mecánica.

2. Sobre la edad de los entrevistados, el cuadro refleja la situación que presenta el padecimiento, esto es, que inicia en la etapa de adulto maduro (35-40 años), mostrando un crecimiento sostenido y alcanzando su cenit en el período comprendido entre los 50 y 70 años, en este lapso la enfermedad presenta su mayor prevalencia. El extremo superior de las cifras permite observar el número de personas sobrevivientes, la edad máxima alcanzada por las personas entrevistadas es de 79 años, con excepción de una mujer que tiene 82 años, quien reporta una antigüedad de 42 años con diabetes, esto es, una sobrevivencia de 40 años con el padecimiento.
3. El cuadro 4 brinda información sobre el estado civil de las personas, un dato muy importante para el tema por la naturaleza de la enfermedad y las necesidades de las redes y el apoyo social que, según los estudiosos, ésta demanda (Rodríguez y Guerrero, 1997; Chowell y Pérez, 2005). Podemos encontrar que la gran mayoría de las personas son casadas, tres

cuartas partes de las mujeres y cerca de la totalidad de los varones entrevistados. Aún cuando es mínima, se observa una mayor cantidad de mujeres viudas (7 viudas contra sólo 2 viudos), lo cual puede ser sintomático de lo señalado en la literatura (Garduño, 1994; (Sepúlveda, 1994; Helgeson, 1995; Ghazal, 2006) en el sentido de la muerte temprana de un mayor número de varones.

4. Sobre la importancia de la herencia como factor de riesgo para el padecimiento. Con el fin de ampliar el espectro de la influencia genética, se indagó sobre los padres directos, los hermanos, abuelos, tíos, primos, es decir, otros parientes.

27 Algún pariente con diabetes

Antecedente	No.	%
Solo padres	8	10
Solo parientes	14	18.5
Ambos	33	41
Total	55	68

Fuente: Entrevista a pacientes de la
Clínica 35 del IMSS

Como se observa en el Cuadro 27, las personas que mencionaron exclusivamente a sus padres alcanzaron sólo el 10% del total de entrevistados, en tanto que los que señalaron únicamente a otros parientes –excluyendo a los padres- constituyeron 18%, un 40% identificó sus antecedentes diabéticos tanto en sus padres como otros parientes. Sumados todos los parientes podemos observar que un 68% de las personas entrevistadas tienen alguno o varios familiares diabéticos. En

otras palabras, cerca de las tres cuartas partes de los entrevistados tiene múltiples vínculos diabéticos, además de sus padres, la diabetes se halla diseminada en toda la familia.

5. Sobre la formas de detección de la diabetes, el Cuadro 7 puede ser emblemático del comportamiento de la población frente a las enfermedades, la ausencia de previsión y prevención, se acude al médico hasta el momento en que la enfermedad provoca estragos en el organismo. Agrupando los renglones del 1 al 5, que categorizan algún síntoma y/o alguna consecuencia de una enfermedad en su fase aguda o en su carácter crónico, indican que las personas acudieron cuando ya cursaban con anterioridad alguna patología, 70% de las personas manifestaron esta condición, es decir, se presentaron cuando experimentaron algún síntoma o alguna consecuencia de su enfermedad, en ello no se observan diferencias entre hombres y mujeres. Las diferencias se observan en los estudios de rutina donde las mujeres triplican las cifras de los varones, inversamente a lo que sucedió en la detección accidental de la enfermedad donde los varones duplican la cifra de las mujeres, al detectar accidentalmente su enfermedad significa que aún seguían cursando la fase asintomática⁴⁸. Lo anterior, al menos en una porción de este grupo, es concordante con lo establecido en la literatura en el sentido de que las mujeres son más previsoras que los varones, acuden

⁴⁸Según la Secretaría de Salud SSa la enfermedad permanece asintomática alrededor de 7 años y sólo es perceptible cuando se presentan algunos de los síntomas y/o consecuencias debido a la elevación de los niveles de glucosa mayores a 180 mg/dl (La jornada, 14/11/08).

al médico con mayor frecuencia o refieren con mayor facilidad sus malestares. (Davidson, 2006; Sepúlveda, 1994; Rolhfs, et. al., s/f).

6. El análisis del Cuadro 8 permite apreciar la antigüedad del padecimiento manifestada por parte de los entrevistados⁴⁹. El comportamiento de la prevalencia por edades presenta la forma de una curva que tiene un inicio leve que se acrecienta hasta alcanzar un cénit y después descender. La cantidad de personas con antigüedad menor a 2 años apenas representa el 10% de los entrevistados; las personas con más dos años aumentan a 18%; el grupo de más de 5 años concentra el 24%; en tanto que las personas con antigüedad mayor a 10 años representan el punto más alto con una cifra de 28% de los entrevistados. A pesar de que la cantidad de personas con más de 20 años baja sensiblemente, las cifras siguen siendo considerables (8% de varones contra 5% de mujeres). Es de destacarse la presencia de personas con más de 30 años de haber sido diagnosticados (1.2% de varones y 3.8% de las mujeres). Así, el nivel de sobrevida de las personas después del diagnóstico de la enfermedad se observa, en su generalidad, alta, un tanto explicable porque muchos de ellos no han enfrentado complicaciones graves, otros desconocen totalmente los estragos de un deterioro orgánico, es decir, que no les ha afectado la diabetes como aprecia en el cuadro correspondiente.
7. Relativo a las complicaciones, como es observable en el Cuadro 9, alrededor del 55% de las personas manifiestan no haber sufrido ninguna

⁴⁹ La antigüedad del padecimiento se toma a partir del momento del diagnóstico médico que manifiestan las personas por las razones esgrimidas arriba, en el sentido de que la enfermedad cruza por una fase inicial asintomática, por tanto se desconoce la fecha del inicio real de la enfermedad.

complicación frente a un 45% de personas que reportan alguna o varias complicaciones, dentro de aquel porcentaje, únicamente el 4% (3 personas) del total refiere complicaciones graves o incapacitantes como amputaciones o ceguera. Contemplando la totalidad de los entrevistados, más de la mitad no reporta complicación alguna.

28. Antigüedad del diagnóstico y complicaciones

Antigüedad	Compl.	%	No compl	Total
Menos de 1 año	00	0	03	03
Mas de 1 año	00	0	05	05
Mas de 2 años	04	5	10	14
Más de 5 años	10	12	09	19
Más de 10 años	13	16	11	24
Mas de 20 años	09	11	02	11
Mas de 30 años	00	0	04	4
Total	36	45	44	80

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Para apreciar el nivel de agresividad que presenta la enfermedad entre las personas entrevistadas es necesario observar la relación entre la antigüedad del diagnóstico y las complicaciones. Así, tenemos que ninguna de las personas con 0 y 2 años de antigüedad tiene complicaciones; sólo 4 personas de un total de 14 con 2 años de antigüedad en adelante (el 30% de este grupo de antigüedad y 5% del total de entrevistados) las presentan;

10 personas de un total de 19 con antigüedad mayor a 5 años (alrededor del 55% del grupo de antigüedad y 15% del total de entrevistados) sí presentan complicaciones; 13 personas de un total de 24 con antigüedad de 10 años en adelante (54% del grupo de edad y 16% del total de entrevistados) las manifiestan; 9 de un total de 11 personas con antigüedad mayor a 20 (90% del grupo de edad y 14% del total de entrevistados) las tienen y, ninguna persona de un total de 4 con más de 30 años diagnosticada reporta alguna complicación. Como se puede observar, la proporción es ascendente hasta las personas con más de 20 años sin llegar al 100%, en las personas con más de 30 años la situación cambia. De aquí se concluye que la antigüedad, aunque cuenta, no es un factor absoluto para tener complicaciones, esto último es una posible explicación a la alta sobrevivencia de algunas personas. Estos resultados no concuerdan con De los Ríos (2004), quien en su estudio sobre la calidad de vida de los diabéticos, halló que la antigüedad del padecimiento (a partir de los 5 años) y la edad son factores de riesgo para el deterioro de la calidad de vida, por la presencia de elementos degenerativos.

El cruce de las variables (cuadro 29) relacionadas con el seguimiento de las indicaciones y las complicaciones manifestadas permite establecer que 8 personas (10%), aunque siguen las indicaciones médicas, tienen complicaciones; 5 personas (6%) siguen las indicaciones médicas y no tienen complicaciones; 3 personas (4%) no siguen las indicaciones y tienen complicaciones; 25 personas (30%) siguen parcialmente las indicaciones tienen complicaciones; 6 personas (15%), aunque no siguen las

29. Adhesión/complicaciones

Sigue las indicaciones, pero tiene complicaciones	10%
Sigue las indicaciones y no tiene complicaciones	6%
No sigue las indicaciones, tiene complicaciones	4%
No sigue las indicaciones, no tiene complicaciones	15%
Sigue parcialmente las indicaciones, si tiene complicaciones	30%
Sigue parcialmente las indicaciones. No tiene complicaciones	40%
Total	100%

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

indicaciones, no tienen complicaciones; 33 (40%) sigue parcialmente las indicaciones, y no tiene complicaciones. Nuevamente, encontramos una realidad compleja, la expresión de la variabilidad en las complicaciones que presenta la enfermedad, al menos en los casos estudiados no se observa una consecuencia directa entre el cumplimiento de las indicaciones médicas y el control de los niveles de glucosa, en muchos casos no existe una relación directa entre la persona que cumple o incumple con las medidas. Para categorizar esta realidad, Mercado et. al. (1998) adoptaron el concepto de *trayectorias*, señalando que las enfermedades crónicas se caracterizan por no tener trayectorias únicas.

Tales trayectorias ni están predeterminadas, ni obedecen a la edad de los enfermos o a los años de vivir con su padecimiento; las mismas se configuran a partir de un cúmulo de circunstancias de índole diversa... (Mercado, 1998: 233)

En este sentido hablan de 3 tipos de trayectorias, las trayectorias estables, cuando la enfermedad no presenta complicaciones y las personas pueden llevar una vida estable; las trayectorias deteriorantes son aquellas que provoca una degeneración constante, provocando dolencias e incapacidades; trayectorias oscilatorias, aquella que combina etapas estables y momentos de complicaciones.

Dentro de la categoría de trayectorias estables, podemos distinguir, como ya mencionamos, (siguen las indicaciones y no tienen problemas; siguen parcialmente las indicaciones y no tiene complicaciones; no siguen las indicaciones y, sin embargo, no tienen problemas) "...la diabetes casi no les ha ocasionado molestias y sus efectos han sido prácticamente nulos en su vida diaria durante los años que tienen de padecerla" (Mercado, 1998: 233). Este es el testimonio de una persona con 20 años de padecimiento de diabetes, quien siguiendo las indicaciones señala:

Que yo sepa nunca he tenido ninguna complicación. Para mí, la diabetes no me ha afectado...yo llevo mi vida igual... que me entristezca, tampoco. Yo como verduras, sopa de col, calabacita, pechuga frita, tomo té o avena. Cuando voy a alguna fiesta llevo mi verdura. Como ejercicio solo hago bicicleta por 20 minutos cada tercer día, inclusive me la compraron para eso. Para mí, la diabetes no es problema, no me preocupa si la tengo o no, yo sigo mi vida igual (Fuente: Entrevista complementaria a la encuesta)

Dentro del grupo que ha seguido parcialmente las indicaciones o las que totalmente incumplen se puede hallar aquellos donde prevalece la situación que menciona Moreno (2006), quienes siguiendo sus tradiciones y costumbres, deciden incumplir las prescripciones médicas, permitiéndose

ciertos gustos sin quebrantar su trayectoria ni sentirse culpables, que percibiendo su cuerpo ajustan las indicaciones médicas, sin descontrolar sus niveles de glucosa.

Me operaron de la hernia y no tuve nada de complicaciones, bendito sea Dios, nunca he sabido lo que es que esté hinchado de los pies, nada. Me conozco ya mi cuerpo (sic). Como de todo pero poquito, más que nada, como verdurita, repito, conozco mi cuerpo... Corría yo en la deportiva pero ahora ya no porque me canso. Aunque sentí muy feo cuando me lo descubrieron. Me dijo el doctor: esta es una enfermedad incurable que no te engañen, esto nomás hay que controlarlo... Yo veo a la enfermedad como un compañero, peligroso, pero compañero. Pero ahí la llevamos. (Entrevista complementaria a la encuesta)

Trayectorias deteriorantes: se trata de las personas que aún siguiendo las indicaciones tienen complicaciones, las que siguen parcialmente las indicaciones y las que no la siguen por diferentes razones. Este último grupo de hombres y mujeres es un cuadro fiel de lo que Mercado (1998) describe “Aparece un daño o complicación en cierta parte del organismo que imposibilita al individuo llevar a cabo su vida tal como solía hacerlo... Empiezan a depender parcial o totalmente de otros integrantes de la familia-grupo doméstico, lo cual genera sentimientos de tristeza, impotencia, frustración e incertidumbre, y poco a poco se va incrementando el aislamiento social” (Mercado, 1998: 238).

En las siguientes líneas se ilustra la imagen de una mujer que vive la tragedia señalada:

Por causa de la diabetes, tengo todos estos sufrimientos. Casi por un año dejé de tomar los medicamentos por que no tenía para comprarlos, se me hizo fácil, casi un año me la pasé así, sin controlarme. Después, me empecé a sentir

muy mal, me dolía mucho la cabeza, tenía mucha sed. Yo lo que quería era morirme. Mi esposo me dejó y preferí trabajar para llevar de comer a mis hijos y me dejé, y un día francamente atenté contra mi vida tomando muchas pastillas y veneno para ratas, pero sólo me hice mucho daño. Me dañé el riñón, ahora ya no veo, a veces ya no siento los pies, ya no me responde mi cuerpo. Ahora sigo la dieta, como pura verdura porque mis hijas me lo preparan y me hacen la diálisis y juntos mis hijos [5 en total] se van turnando para ayudarme. Tomo los medicamentos sólo porque me los acercan. A veces me dejan una cajita en la mesa y me dicen té la tomas a tal hora y yo la meto en mi cabecera. (Entrevista complementaria a la aplicación de la encuesta).

8. La siguiente área a analizar es la percepción de las personas sobre el impacto de las complicaciones sobre su calidad de vida, es decir, la sensibilidad de las personas frente a los impactos de la enfermedad, como se observará, no siempre existe correlación entre el deterioro orgánico y la percepción que tienen de la gravedad o no de la enfermedad, más bien, la evaluación se da en función de la afectación de las áreas mayormente valoradas por las personas, o de una mayor o menor sensibilidad a los efectos. Debido a la relatividad en la percepción de la gravedad o no, de lo incapacitante o no de la enfermedad por parte de las personas, es pertinente indagar el área como deterioro de la calidad de vida (Schwartzmann, 2003). El cuadro 30, muestra que la correspondencia entre el número que manifestó alguna complicación y expresó algún deterioro en su calidad de vida. Así tenemos que 36 personas manifestaron una o varias complicaciones en tanto que 35 manifestaron percibir algún deterioro, en primera instancia se observa una correspondencia muy lógica, aquellos que tienen una complicación perciben un deterioro en su calidad de vida; sin embargo un análisis más detallado permite observar la

complejidad de las reacciones y percepciones de las personas. De esta manera, no todas las personas que manifestaron alguna complicación percibieron forzosamente algún deterioro en su calidad, en cambio algunas personas que manifestaron no tener alguna complicación percibieron deterioros en su calidad de vida. Tal situación se refleja en cuadro siguiente

30. Personas que expresan complicaciones o no con personas que expresaron o no algún deterioro en su calidad de vida

<p>Expresa alguna complicación pero no percibe algún deterioro en su calidad de vida</p> <p>11 personas.</p>	<p>No expresa complicación alguna, pero percibe algún deterioro en su calidad de vida.</p> <p>10 personas</p>
<p>No expresa ninguna complicación y no percibe ningún deterioro en su calidad de vida.</p> <p>34 personas</p>	<p>Expresa alguna complicación y manifiesta algún deterioro en su calidad de vida.</p> <p>25 personas</p>

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Según esto, 25 personas cursan con alguna complicación impactando su calidad de vida; 11 personas expresan alguna complicación, pero según su reporte no experimentan ningún impacto sobre su calidad de vida, en otras palabras no resienten los estragos de la enfermedad; 10 personas, en cambio no reportaron ninguna complicación y aún así sintieron afectada su calidad de vida; en 34 personas coincidió, por un lado, la ausencia de complicaciones y la no percepción de algún deterioro en su calidad de vida.

9. La tarea siguiente es la determinación de las áreas que las personas sienten afectadas y será interesante detectar la presencia del género en la definición del área que se percibe como afectada por la diabetes o sus complicaciones, causante del deterioro de su calidad de vida. De esta manera, fijando la atención en el cuadro 11 se aprecia que la mayor cantidad (4, es decir, 25% de personas que manifestaron deterioro) de varones encontró como sinónimo del deterioro en su calidad de vida la impotencia sexual; una cantidad similar encontró como problema principal el sufrimiento y las dolencias provocadas por la enfermedad. En contraparte las cifras mayoritarias de las mujeres se concentró en dos áreas, señalaron, por un lado a la depresión y al cansancio frecuente como causantes de su deterioro (4, o sea, 20% de mujeres en cada una); le siguió en orden de preocupación entre las mujeres la imposibilidad de convivencia y disfrute (3, equivalente al 18%); en la siguiente escala, con una cifra menor tanto hombres como las mujeres expresaron que el deterioro percibido se debe a la incapacidad de realizar sus actividades habituales. Con cifras mucho menores les siguen las causas anotadas en el cuadro como la pérdida de dinamismo y otros más que no fueron definidos por los entrevistados. Una persona que manifestó padecer impotencia sexual, no obstante su apariencia íntegra, vive su problema como una tragedia:

El único problema que tengo desde que me dio la diabetes es...la erección. Es lo más grave que he tenido en el sentido de que tengo una mujer que no me quiere entender y dice que si ando por otro lado. A mí sí me preocupa porque me amenaza que ella también va a buscar por otro lado. Todos mis hijos ya están grandes, ya se casaron y yo le digo: solos nos vamos hija, debías de entenderme. (Entrevista complementaria a la aplicación de la encuesta)

10. Adhesión a las indicaciones médicas.

En los cuadros sobre la adhesión a las indicaciones médicas impera el cumplimiento parcial, más de la mitad de la población entrevistada se manifestó en este sentido, esto es, de las tres acciones recomendadas para el control de los niveles de glucosa, a saber: el manejo de la dieta, el ejercicio físico y la administración de los medicamentos (Diabetes mellitus tipo2, 1999; Guilas 1998). La parcialidad implica el incumplimiento de una o dos de las acciones o la realización parcial de todas las acciones. Sólo la sexta parte de la población manifestó seguir las indicaciones totalmente; en tanto que la octava parte de la población señaló no seguir las indicaciones. Aún cuando las diferencias son mínimas la cifra de mayor cumplimiento se observa por parte de las mujeres, en contraparte las cifras de mayor incumplimiento son de los hombres.

- a) En el cumplimiento de la dieta las cifras son similares a las del anterior cuadro, se impone el cumplimiento parcial de la dieta, esto es, ya sea rebasando frecuentemente las cantidades indicadas de los componentes de la alimentación en lo referente a las grasas y los carbohidratos, ya el intentar seguirla e interrumpirla frecuentemente excediéndose en el consumo de aquellos componentes. Más de la mitad de los entrevistados recayó en esta categoría. Fueron cantidades sensiblemente menores de personas (aproximadamente la sexta parte de los entrevistados) las que manifestaron cumplir totalmente la dieta. Una cantidad similar informó lo contrario, es decir, que incumple totalmente la dieta. Nuevamente son las mujeres las que destacan en el cumplimiento, en tanto que los hombres destacan en contrario.

Se incluye una pregunta que indaga sobre quien le prepara la comida al diabético, en el ánimo de conocer si el hecho de tener al alcance elaboración de la comida o disponer de una personas que le prepare la comida facilita el cumplimiento de la dieta.

Como se aprecia en el cuadro No. 31, sólo 9 mujeres, 11% de los entrevistados, de las que se preparan ellas mismas la comida cumplen con la dieta; 5 varones (6% de los entrevistados) quienes sus cónyuges les preparan la comida cumplen con la dieta indicada; 2 personas (2%) a quienes otro familiar les prepara la comida sí cumplen con la dieta. Ninguna de las personas que comen comida preparada en establecimientos, ni las personas que tienen incierto el lugar de comida cumple con dieta. De las personas que incumplen 4 (5%) mujeres que se preparan ellas mismas la comida; 6 varones (7%) a quienes sus cónyuges les preparan la comida; 1 persona a quien otro familiar le prepara la comida. 2 personas que comen en establecimientos o en la calle; 2 personas que tienen incierto el lugar de comida. Cumplen parcialmente con la dieta 22 (28% del total entrevistado) mujeres que se preparan ellas mismas su comida; 17 (21%) hombres a quienes sus cónyuges les preparan la comida; 5 personas (6%) a quienes otros familiares les preparan la comida; 5 (6%) de las personas que comen fuera de su casa y ninguna persona que tiene incierto el lugar de comida.

Las personas que cumplen parcialmente con la dieta conservan un alto porcentaje recayendo en el grupo de quienes se preparan ellas mismas su comida o se la prepara su cónyuge, en esta condición también hay

Cuadro No. 31
Cumplimiento o incumplimiento de la dieta en función de tener al alcance la elaboración de la comida

Condición	Quien le prepara la comida	Cantidad	%	Género
Sí cumple	El o ella misma	9	11	Mujeres
Sí cumple	Cónyuge	5	6.2	Hombres
Sí cumple	Otro familiar	2	2.5	1 mujer y 1 hombre
Sí cumple	Come comida preparada	0	0	
Sí cumple	Incierto el lugar de comida	0	0	
No cumple	El o ella misma	4	5	Mujeres
No cumple	Cónyuge	6	7.5	Hombres
No cumple	Otro familiar	1	1.2	Hombre
No cumple	Comida preparada	2	2.5	Hombre
No cumple	Incierto	2	2.5	Hombre
Parcialmente	El o ella misma	22	28	Mujeres, 1 hombre
Parcialmente	Cónyuge	17	21	Hombres
Parcialmente	Otro familiar	5	6.2	Hombres y mujeres
Parcialmente	Comida preparada	5	6.2	Mujeres y hombres
Parcialmente	Incierto	0	0	
Total		80	100	

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

personas que incumplen totalmente y solo una proporción baja de personas sí cumplen con la dieta. Por lo visto, el tener al alcance la preparación de la comida ya sea por la misma persona, ya por la cónyuge no garantiza el cumplimiento de la dieta indicada. Esto significa que esta

condición depende de otras circunstancias. Lo cierto es que todas las personas que no tienen asegurado (incierto) el lugar de comida (“comen donde pueden”) incumplen totalmente con la dieta.

Entonces el cumplimiento o incumplimiento de la dieta depende de otros factores como de la disposición de recursos, culturales, sociales, de estatus, educativos, de hábitos, del clima de las relaciones familiares, etc. Muchas personas entrevistadas (hombres y mujeres) argumentan falta de dinero para allegarse de los ingredientes necesarios para la elaboración de una dieta adecuada a su padecimiento. Muy frecuentemente se halla asociada a la educación alimenticia⁵⁰, de esta suerte la moderación de la carne y las grasas se visualizan como elemento restrictivo:

El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, aísla a quien se le prescribe y además es difícil de seguir porque atenta contra el gusto y la costumbre. Por lo común la gente próxima al diabético no se solidariza con él. ...Entre la población que atiende los servicios estatales de salud está poco difundido el concepto de valor nutricional de los alimentos (Mendoza: 2000: 5).

De acuerdo con este mismo autor el consumo de la carne, en algunos estratos sociales, se asocia con el estatus

Una buena dieta se concibe en términos aspiracionales y se asocia más a la carencia producida a factores económicos que nutricionales. Desde esta perspectiva la carne es altamente valorada; en contraste las verduras están relegadas en el consumo doméstico. Para las amas de casa cocinar verduras es someterse a una desaprobación por parte de los hijos y el esposo... (Mendoza, 2000: 6).

⁵⁰ “La tendencia general es comer para llenarse. Importa más la cantidad y el gusto que la calidad (Mendoza: 2000: 6)

También es muy importante el elemento cultural en el cumplimiento de la dieta. La influencia de la cultura se expresa desde la influencia de la simbolización de algunos comestibles, importantes en determinados eventos o fechas, aceptables o no para determinado círculo social, hasta la habituación de algunos alimentos para el paladar, para la digestión, etc. (López, 2003; López, 2006). La adhesión también se supedita a la importancia de las relaciones sociales, esto es, muy frecuentemente prescindir de algún alimento es prescindir de la aceptación de los familiares o amigos “En una festividad...el diabético se encuentra ante una disyuntiva: elegir entre su salud, siguiendo la prescripción médica, o la convivencia con su familia con todas sus implicaciones afectivas y emotivas” (Cardoso, 2002: 35).

Las anteriores líneas sólo hacen referencia a algunos elementos condicionantes de la alimentación. Por lo observado estas presentan aún mayor complejidad.

- b) En lo referente al ejercicio físico, entendido este en general como todo movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo (Toussaint, 2000).

En primer término llama la atención la cantidad de personas que manifestaron no hacer ejercicio (51%) frente al número de personas que informaron hacer algún tipo de ejercicio (49%), se trata pues más de la mitad de población entrevistada, se puede considerar como una cantidad muy alta de las personas que no recurren a una de las principales medidas

recomendadas para el control metabólico⁵¹. Dentro de las cifras señaladas es distinguible la diferencia entre hombres y mujeres. Aún cuando las cifras parecen mínimas, el porcentaje de varones que hacen algún tipo de ejercicio suman 55% de su grupo (27% del total), en tanto que las mujeres suman únicamente 42% de su grupo (21% del total). Hay que observar, por otro lado, que las mujeres en su mayor parte (42% de su grupo) concentran su actividad en el caminar⁵², quizás insuficiente cuando se recomienda una actividad física más intensa⁵³, mínimamente de 10 a 12 horas semanales⁵⁴ (Entrevista al Dr. José A. Córdova Villalobos, Srio de Salud. La jornada, 15 de noviembre de 2008).

Los factores involucrados en la escasez de ejercicio son también complejos. Los elementos que median quizás sean un poco distintos a los de la alimentación, pueden ser desde una real falta de tiempo por factores del trabajo, pasando por la falta de hábitos y administración del tiempo, la

⁵¹ El ejercicio físico se recomienda como tratamiento de la diabetes “El ejercicio debe ser una parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. Algunos estudios han demostrado un efecto duradero para disminuir las concentraciones de glucosa con el ejercicio regular, (y)...disminuye los requerimientos de insulina” (Gilas, 1998: 38).

⁵² El caminar se considera un ejercicio leve, mientras que la natación, el ciclismo suave, el tenis suave como ejercicio moderado y el fútbol, basquetbol, tenis intenso, etc. son considerados como deporte intenso (Diabetes juvenil, 2004)

⁵³ Según la literatura, mientras más intenso es el ejercicio tiende a producir la baja de la glucemia en sangre. En la primera fase los músculos utilizan su propia reserva de energía; en la segunda fase (unos 20 minutos de ejercicio) el músculo utiliza la glucosa circulante en sangre para obtener energía, tendiendo a bajar los niveles de glucosa en sangre; en la tercera o fase intensa del ejercicio empieza la movilización del glucógeno del hígado para reponer la glucosa por hígado. Si el ejercicio intenso se prolonga se empiezan a utilizar las grasas como fuente de energía.(Saz, 2008; Diabetes juvenil)

⁵⁴ Se recomienda, desde luego, la vigilancia médica para evitar descompensaciones producidas por una falta de insulina en el diabético, que puede conducir a una cetosis (Saz, 2008; Diabetes juvenil, 2008). No se recomienda el ejercicio en personas con niveles mayores de 300mg/dl (Diabetes juvenil, 2008) .

falta de espacios adecuados⁵⁵, la clase social de pertenencia, hasta la propia cultura del ejercicio.

En cuanto a la clase social, se dice que los trabajadores desarrollan más actividad física en su trabajo habitual, mientras que la gente de las clases más altas –varones y mujeres- sus actividades les demanda menores esfuerzos físicos, aunque, en contraparte disponen de tiempo y espacios físicos para la realización de ejercicio, realizan más ejercicio físico en su tiempo libre (El País, 2009; CAPV 1997).

Una encuesta realizada en Argentina reveló que una de las prioridades de la clase media es la realización del ejercicio físico un tanto para conservar la salud y un tanto por estética (Nisebe, 2003).

Desde la perspectiva de género, tradicionalmente la mujer se había sustraído de la práctica del deporte quizás asumiendo la discriminación de que fue objeto, cuando el deporte fue tomado únicamente como una actividad varonil (asociándola con características de virilidad, hombría, coraje, carácter) (Martínez, 2008).

Por lo que podemos ver un tanto por las presiones de tiempo de la ciudad, el desgaste físico de las actividades laborales, la falta de espacios adecuados al alcance de cada persona, los cuales, de manera directa actúan obstaculizando la realización del ejercicio y, de manera indirecta

⁵⁵ “la inactividad física se encuentra fuertemente relacionado al proceso de urbanización, así por razones de espacio físico, tránsito (vehicular), distancias por recorrer, tiempo que se gasta en desplazarse de un lado a otro, la contaminación, el tiempo que se pasa viendo la tv,…” Toussaint, 2000: 659).

actúan generando una cultura del no ejercicio entre la gente de la población trabajadora⁵⁶.

El consumo de medicamentos hipoglucemiantes. Por lo observado en el cuadro 17, la única medida que tiene la adhesión de la mayoría de los diabéticos es la administración de los medicamentos hipoglucemiantes. Alrededor de las tres cuartas partes de ambos grupos (hombres y mujeres) manifiestan tomar todos los medicamentos indicados en las dosis y los tiempos indicados. Se trata de unos de los recursos en los cuales la gente confía, quizás por su eficacia en el sentido de eliminar los niveles de glucosa en la sangre, aún sin lograr su metabolización. Se trata de una medida pragmática que hace sentir bien a la gente.

11. Búsqueda de soluciones alternativas. En el cuadro 18 se aprecia el número de personas que han buscado alguna alternativa más para enfrentar su problema de diabetes, podemos observar que 54% de las personas encuestadas manifestó haber recurrido a algún tipo de recurso adicional al tratamiento médico alopático, esto es, una cantidad más alta de personas han buscado alguna forma adicional, en tanto que 46% no ha buscado alguna fórmula complementaria, es decir, un poco menos de la mitad de las personas entrevistadas. Lo notable es que ninguna persona prescinde de la medicina alopática por recurrir a estos remedios, se trata como señalamos, de recursos adicionales ¿Qué empuja a las personas a buscar medios adicionales? Pueden ser múltiples razones. En este trabajo

⁵⁶ Las presiones del tiempo en las ciudades es un efecto de la urbanización y del crecimiento de las ciudades como un efecto del desarrollo industrial; aunque inicialmente se atribuye a la industrialización el haber permitido disponer de mayor tiempo libre.

se cuenta con algunas variables que permiten algunos acercamientos y tener algunas características de las personas que recurren a otros medios adicionales para tratar su enfermedad, por ejemplo

a) El género, ¿cuántas mujeres y cuántos hombres acuden a medios adicionales? Se puede observar que más mujeres (25, alrededor del 58% de las personas que manifiestan buscar salidas adicionales) en tanto que el 42% de respuestas positivas corresponde a los hombres. Se aprecia que aunque el número de mujeres es superior, no es tan significativa la diferencia, el número de varones que buscan medios alternativos es también de consideración, cerca de la mitad del grupo.

32. Relación complicaciones/recurrencia de medios adicionales

Sí tiene complicaciones y sí han buscado recursos adicionales 19 personas.	No tiene complicaciones pero sí ha buscado recursos adicionales 24 personas
Sí tiene complicaciones pero no ha buscado recursos adicionales 17 personas	No tiene complicaciones y no ha buscado recursos adicionales 20 personas

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

b) En función de las complicaciones (cuadro 32): Se puede observar que solo 19 personas, un poco más del 50% de las personas con complicaciones han recurrido a medios adicionales, esto es, un poco más de la mitad de estas personas. 24 personas que no manifiesta complicaciones sí recurre a algún medio adicional, es decir, una cantidad mayor de las personas que sí tienen complicaciones. 17 personas que sí

tienen alguna complicación no ha buscado otras alternativas, esto es, casi la mitad de las personas que sí tienen complicaciones. 20 personas que no tienen complicaciones no han buscado alternativa alguna. Una observación global del cuadro permite inferir que las cifras se encuentran equilibradas entre las cuatro modalidades; aunque el mayor número que sí ha buscado alternativas corresponde a las personas que no manifiesta complicaciones.

c) En relación a la antigüedad del padecimiento.

Para tener un criterio se toman los porcentajes de cada categoría, así tenemos que las personas que recurren a alguna medida alternativa adicional se reparte de la siguiente manera: 33% de las personas con antigüedad menor a 1 año; 0% , es decir ninguna persona mayor de 1 año; 50% de las personas mayor a 2 años; alrededor del 47% de las personas de antigüedad mayor a 5 años de antigüedad; 75% de personas mayores a 10 años de antigüedad; alrededor del 36% de las personas con antigüedad mayor a 20 años y 100% de las personas mayores a 30 años. De acuerdo a las cifras del cuadro, existe una tendencia creciente de personas que acuden a medidas adicionales desde las personas de menor antigüedad hasta llegar los 10 años; en las personas mayores a 20 años de antigüedad el porcentaje descende, en tanto que en las personas mayores a 30 años de antigüedad la cifra se eleva a 100%.

33. Relación antigüedad y recurrencia a medidas adicionales

Antigüedad	Si rec.	%	No rec.	%	Total
Menor de 1 años	1	33	2	66	3
Mayor de 1 año	0	0	5	100	5
Mayor de 2 años	7	50	7	50	14
Mayor de 5 años	9	47	10	53	19
Mayor de 10 años	18	75	6	25	24
Mayor de 20 años	4	36	7	63	11
Mayor de 30 años	4	100	0	0	4
Total	43		37		80

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

d) En relación con el tipo de apoyo

Un análisis de tipo vertical del cuadro 34 permite apreciar que el mayor número de personas que acuden a recursos adicionales se concentra entre las que reciben el apoyo de los hijos (30% de las personas que recurren a alguna medida adicional), seguido de las personas que reciben el apoyo del o de la cónyuge (28%); 14% de las personas que lo reciben tanto del cónyuge como de los hijos; 12% de personas que se apoyan a sí mismas, en tanto que sólo 6% de las personas que reciben el amparo de otros familiares y otro tanto de personas que manifiestan no recibirlo de ninguna persona, acuden a medidas adicionales. Analizado horizontalmente se aprecia que 45% de las personas que reciben apoyo del o de la cónyuge, 57% por parte de los hijos; 50% por parte de ambos (cónyuges e hijos) y 100% de los que lo reciben de otros familiares, acuden a medidas adicionales.

34. Relación tipo de apoyo y recurrencia a medidas adicionales

Apoyo	Si recurre	%	No recurre	%	Total
Cónyuge	12	28	13	45	25
Hijos	13	30	10	57	23
Hijos y cónyuge	6	14	6	50	12
Otros familiares	2	6	0	100	2
El o ella misma	5	12	4	55	9
Nadie	2	6	2	50	4
No respondió	3	4	2	60	5
Total	43	100	37		80

Fuente: Entrevista a pacientes de la clínica 35 del IMSS

Entonces el porcentaje más alto que acude a las medidas adicionales es el que se asocia con el apoyo de los hijos, seguido del grupo que lo recibe del o de la cónyuge.

12. Conocimiento sobre la diabetes.

- a) El siguiente bloque de preguntas apunta a indagar sobre el nivel de conocimientos que las personas tienen sobre la diabetes a partir de 4 preguntas, a saber: en qué consiste la diabetes; las circunstancias o acciones que la provocan; su conocimiento de si es curable y; por último las medidas preventivas o hábitos saludables que eviten padecer la diabetes. Las categorías recopiladas en el cuadro 20 reflejan conocimientos y visiones parciales, subjetivas o experienciales de la diabetes. Las dos primeras categorías suman el 29% de las respuestas, las cuales reflejan aspectos aislados de los mecanismos de acción de la diabetes. Una

cantidad de 14 personas (18%) el porcentaje más alto dio respuestas que recayeron en la categoría “Falta de insulina o ausencia de producción de insulina”; la respuesta de 11 personas (14% del total de entrevistados) recayó en la categoría “Azúcar en la sangre”. En ambas respuestas se alude a alguno de los aspectos más conocidos y popularizados de la diabetes, pero apenas un aspecto parcial. Las siguientes dos respuestas reflejan más la experiencia de las personas de padecer diabetes o de sus efectos: de las que señalaron que se trata de “Una enfermedad flagelante” fueron 10 personas (12%); una respuesta similar en el sentido de que se trata de “Una enfermedad deteriorante” fue expresada por parte de 8 personas (10%). En la siguiente escala las respuestas describieron más las características de la enfermedad o el concepto que tienen de ella: 5 personas (6%) señalaron que se trata de “Una enfermedad crónica degenerativa”; 4 (10%) la señalaron como “Una enfermedad peligrosa pero controlable”. El último bloque expresó más su experiencia y aprendizaje frente a la enfermedad o el aprendizaje adquirido en las campañas de educación para un mejor manejo de la enfermedad desarrollada por algunas instituciones de salud, en esas campañas se les recalca la incurabilidad de la diabetes por lo cual, lejos de verla como un mal, como una enemiga, se les enseña a visualizarla como una compañera con la cual convivirán toda la vida; una última respuesta (1.2%) indica que es “Una enfermedad que enseña a cuidarse”, ve a la enfermedad como un escarmiento, es decir, no supieron cuidarse y adquirieron la enfermedad, ahora habiendo experimentado sus consecuencias o conociendo sus

consecuencias, bajo esa amenaza se tienen que cuidar. Destaca que el más alto porcentaje (26%) involucra a las personas que señalaron no saber de qué se trata o no intentaron formular una respuesta. Observando las respuestas por sexo se colige que fueron más varones quienes formularon una respuesta, en contraparte, más mujeres (50% más que los hombres) indicaron desconocer la naturaleza de la enfermedad.

b) La siguiente pregunta indagó sobre el conocimiento de las causas inmediatas del desencadenamiento de la enfermedad. Según el cuadro 21, una cifra de 17 personas (21%), el grupo más numeroso, consideró como causante del flagelo a la herencia; en orden descendente, 16 (20%) la atribuyeron a los excesos en el consumo de las grasas, carbohidratos, bebidas alcohólicas, sedentarismo; para el siguiente grupo de personas (13, es decir, 16% del total) fueron “los sustos y corajes” los causantes directos de su diabetes; una cantidad menor lo atribuyó únicamente al susto; a la categoría asociada con una emoción, le correspondió una escala menor. Desagregado por género se puede observar que hubo dos causas que aglutinaron por un lado a los hombres y, por otro lado a las mujeres. En el caso de los hombres, se trató de los excesos, y en el de las mujeres, los sustos y corajes. La herencia concitó opiniones menos divergentes. Por lo observado, la gente expresa y le atribuye según “como le fue en la feria”, esto es, se atribuye a las causas más cercanas a sus prácticas o a su cotidianidad, los varones reconocen llegar más a los excesos que las mujeres; en cambio, ellas atribuyen a los sustos y corajes elementos más presentes en su imaginario asociado a su elemento cotidiano. Aquellos

factores científicamente identificados como la obesidad y el sedentarismo, ocuparon lugares bajos y muy bajos, respectivamente, como respuestas. Quizás esto explique la poca adhesión tanto a la dieta como al ejercicio físico, en tanto que la herencia fue reconocida por el mayor número, aunque este factor puede generar más la idea de una fatalidad, es decir, algo no modificable por estar modulado genéticamente.

- c) Frente a la pregunta de si la diabetes se quita o no, hubo más claridad sobre lo que sucede realmente, la mitad de los entrevistados (repartiéndose de igual manera al interior de cada grupo) señaló que no se quita y, un poco más de la tercera parte del total redondeó la respuesta señalando que “se controla”, sumadas, entonces, las personas que dijeron que “no se quita” y las que señalaron que “se controla” dan una porción de más de tres cuartas partes. Lo anterior implica que la mayoría sabe o está consciente que la diabetes no se erradica, que en todo caso es controlable.
- d) En la recomendación sobre “La mejor manera de cuidarse” el 40% se inclinó por la adhesión a la dieta, le siguió en una escala mucho más baja (12%) “Moderarse en los consumos”; enseguida las personas recomendaron “No tomar dulces”. En el seguimiento de la dieta, las proporciones se distribuyeron de manera equilibrada entre hombres y mujeres. Significa que la gente sí reconoce en la moderación y equilibrio de los consumos como una de las medidas para controlar sus niveles de glucosa, aunque, como ya se vio más arriba, muy pocos siguen las indicaciones y en cambio la gran mayoría la realiza parcialmente. En este rubro la proporción de hombres es mucho más alta que el de las mujeres,

esto es congruente con las respuestas de los hombres en el sentido de que su enfermedad se debe a los “Excesos”.

En general se puede decir que las explicaciones de las personas sobre los mecanismos de acción de la diabetes se apegaron a la explicación científica, aunque sólo recuperaron aspectos parciales de esta. En otras medió su experiencia para explicarla, en otras más, fueron los resultados de su contacto con las instituciones médicas, en las actividades de educación para la salud, de ahí que mencionen, por ejemplo: “que se trata de una compañera”; o cuando la señalan como una enfermedad que enseña a moderarse, quizás reconociendo que sólo los estragos de la enfermedad los obliga a poner límites a los excesos en sus consumos y hábitos de vida. En tanto que en la explicación sobre las causas que desencadenaron la enfermedad, más allá del grupo que identificó a la herencia, en muchos menos cantidad aquéllos que lo atribuyeron a la obesidad y al sedentarismo, y a los excesos, las restantes personas señalaron tuvieron una explicación más cercana a su experiencia apuntando hacia el susto, el coraje, resultados que están en consonancia con los hallazgos de Garza, et. al (2003) y Mendoza,(2000) quienes encontraron principalmente al susto y a los corajes como elementos explicativos de las personas sobre los desencadenantes de su enfermedad sin excluir los elementos como la herencia, la obesidad, el sedentarismo en términos secundarios.

- e) A continuación se indagó qué sentimientos o reacciones tuvo la persona al enterarse de su enfermedad. Chowell y Pérez (2005) señalan que se vive el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica como una crisis.

La noticia de una enfermedad física y la invalidez constituyen sucesos críticos, afectando su auto-imagen y sus planes futuros y desafían la habilidad del individuo y la familia para enfrentarlos y adaptarse a su nueva situación.

Se trata de la caracterización de un impacto, resultado de la recepción del diagnóstico. Moreno (2006) dio seguimiento al trayecto emocional de las personas con diabetes a través del concepto de *drama social* propuesto por Turner, aplicado en su análisis de las personas diabéticas. La primera fase del drama social es de zozobra por lo que se avecina, que bien puede desvanecerse o desembocar en un problema real y conducir a la crisis. La segunda fase. “El momento en que recibe un nombre el padecer, se instala la fase de la expansión de la brecha o del conflicto del drama social” (Moreno, 2006: 180). Señala una fase más: la de reintegración o escisión, entendiendo por esto ya sea la recuperación de la salud o la tendencia hacia la muerte.

Un alto porcentaje de las respuestas recayeron en la categoría de “Desesperación y tristeza” en la medida en que fue muy impactante para su estado emocional, al grado de inmovilizarlos, pensándose al borde de la muerte: “Ya me llevó la tristeza”; “Esto ya se acabó” fueron algunas de las expresiones rememoradas al ser enterados de su enfermedad. Este tipo de impacto lo manifiestan hombres y mujeres en una proporción similar (20 y 23% respectivamente). Otra reacción fue de “Preocupación”. Por la forma en que lo refieren, sí les impactó, percibiendo un futuro adverso e incierto, pero no se derrumbaron como el primer grupo, esto lo manifestaron cantidades similares de hombres y mujeres; un siguiente grupo refirió

resignarse ante la noticia lo cual, interpretando las respuestas, implica asumir las consecuencias como algo que “les toca”, aún cuando sea deteriorante para su calidad de vida y hasta provocarles la muerte. Se observan cifras superiores de las mujeres en este rubro; con indiferencia recibió otro grupo la noticia (cifras iguales de hombres y mujeres). Otro conjunto dice haberse enterado conservando la tranquilidad (una cantidad superior de hombres). Una cantidad mucho menor reaccionó con rechazo y negación.

Por lo visto, en pocos rubros se perciben algunas diferencias entre hombres y mujeres, en desesperación y tristeza sólo dos mujeres más que los hombres; en resignación tres mujeres más que los hombres. Se trata de dos respuestas no totalmente concordantes con los hallazgos de Chávez (s/f). Según aquellos hallazgos, los varones se derrumban emocionalmente ante la noticia de una enfermedad grave. En el caso estudiado, se observan menos varones afectados emocionalmente que las mujeres al recibir la noticia; en lo referente a la resignación de las mujeres sí es concordante, ya que según aquellos resultados una de las reacciones generalizadas de las mujeres es la resignación.

Se observa en las respuestas reacciones extremas, por un lado, es la desesperación y tristeza y, en el otro extremo, la indiferencia, incluso la tranquilidad. Lo anterior puede indicar que, además de la personalidad de los enfermos que reciben la noticia, está presente la información o desinformación sobre la enfermedad y sus consecuencias. En un caso la persona recibe la noticia al borde del pavor porque piensa en una letalidad

fulminante. Otros reciben la noticia con indiferencia y hasta con tranquilidad, lo cual puede deberse a una sensación de inmunidad, en el sentido de que “a mí no me hace nada ninguna enfermedad”; pero otra reacción puede ser ignorando los efectos y consecuencias del padecimiento, alguna persona refirió:

es que no sabía que esta enfermedad hace sufrir tanto, ahora ya ni siquiera puedo comer, cuando me siento a comer me da asco y... a volver el estómago. No puedo caminar porque me canso, me duelen los huesos...

Una persona más con amputaciones en ambas piernas, se encuentra en la fase de la negación porque, aún frente a la tragedia, intenta expresar indiferencia ante las preguntas diciendo que “no pasa nada”.

Yo soy muy fuerte y yo podría trabajar sino fuera que me cortaron las piernas. Nunca me dijeron que me iban a cortar las piernas. No me dolía ni nada, sólo me metieron a la sala de operaciones y, cuando desperté, ya me faltaba una pierna. Cuando me cortaron la otra sólo me dijeron que era por eso de la enfermedad. Yo nunca fui enfermo, hasta la fecha yo no siento problemas del riñón o todo eso.

A dos personas más, ambas mujeres, podría ubicárseles en la fase de aceptación/reintegración, una de ellas, no obstante su depresión refiere enfrentarlo bailando, la otra más por su nivel de preparación (profesionista) conoce las consecuencias de la enfermedad y, al parecer, se prepara para hacerle frente.

La diabetes es un desvío para mi salud, para lo cual debo prepararme para convivir con él y que tengo que prepararme para controlarlo

14. Apoyo familiar. Es patente que la mayoría de las personas (78%) recibe el apoyo de su familiares directos (cónyuge, hijos o ambos), aunque una revisión más detallada permite captar que la mayoría de las mujeres entrevistadas reciben el apoyo de parte de sus hijos, un segundo grupo lo recibe de su cónyuge y sólo una mujer manifestó recibir el apoyo de ambos familiares. Por el lado de los hombres una cantidad alta recibe el apoyo de parte de su cónyuge y una cantidad similar lo recibe tanto de su cónyuge como de parte de sus hijos, una cantidad menor manifiesta recibirlo exclusivamente de sus hijos. Observando horizontalmente el cuadro 26, permite colegir que es una cantidad semejante de hombres y mujeres que reciben apoyo de parte de su cónyuge, esto es concordante con lo planteado por Mercado (1993) en el sentido de que los últimos responsables ante el desentendimiento del resto de la familia, hijos por ejemplo, son los cónyuges trátese de hombres o mujeres, pero se habla de un creciente número de varones que se hacen cargo de sus esposas. Aunque como podemos apreciar el mayor número de mujeres encuentra el apoyo en sus hijos, sobre todo hijas. No es extraordinario observar a los hombres recibir apoyo tanto de hijos (as) como de su cónyuge, lo cual va en el sentido planteado por Mercado (1993) Esta última parte abona en el sentido de observar con mayor detenimiento y detalle el papel del apoyo al interior de la familia en cuanto a su calidad y los miembros de la familia que lo brindan.

Capítulo 6

La trayectoria de las parejas y la diabetes

A continuación el análisis de la trayectoria de la pareja con el fin de explicar las respuestas que los miembros de la misma brindan al padecimiento de la diabetes. La intención es que el tipo de respuesta se explique a la luz de la historia de la relación de la pareja, se explique además cómo vive cada miembro de la pareja la problemática y cómo afecta su calidad de vida.

El análisis no siempre recurre a las individualidades o se desglosa individualmente como lo hace de manera ortodoxa la perspectiva metodológica del curso de vida, las entrevistas se hicieron a la pareja y las preguntas versaron sobre la trayectoria de la pareja, aunque con cierta frecuencia venía a colación la participación individual de alguno de los miembros. Se trata entonces de tener como foco a la trayectoria de la pareja, por tanto los indicadores del análisis se obtuvieron del planteamiento teórico sobre el desarrollo de la pareja conyugal resumido en el apartado 4.2 (Las relaciones de pareja) de este trabajo, a partir de ahí se entresacan los que se consideran son las condicionantes que permiten hablar de cierta calidad en la relación de pareja en la sociedad urbano-industrial. Son los indicadores que permiten observar cómo han sido estos aspectos en la historia de las parejas analizadas, que permiten entender el estado actual de la relación y que explican las respuestas halladas, se trata, a saber, sobre: la *comunicación; comprensión y apoyo; demostración de cariño y la provisión de los satisfactores materiales*. Se hace también un análisis de la trayectoria de la enfermedad para poder observar las transiciones y continuidades en ambas trayectorias, esto es,

tanto en la trayectoria de la relación de pareja como el comportamiento de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida o en la percepción del paciente sobre el desarrollo o impactos de su enfermedad en el desarrollo de su vida. Se observa la trayectoria de la pareja con el criterio de encontrar puntos de inflexión, que impliquen cambios en la trayectoria e impacten sobre la respuesta o actitud de las personas hacia su pareja, provocadas por el padecimiento o por otro evento. Se trata también de encontrar los vínculos, es decir, observar las influencias que se ejercen en el proceso de su interacción como pareja y se contemplan también influencias externas a la relación de pareja involucrados en la trayectoria y/o en las transiciones.

Para guardar el anonimato de las personas que concedieron las entrevistas, en la transcripción se anotaron apellidos ficticios.

6.1 El matrimonio Trejo-Rodríguez

Inicio de la trayectoria.

Se trata de una relación, desde un inicio, desequilibrada, por las diferentes personalidades, el señor Trejo un tanto arrogante, despectivo hacia su alrededor, autoritario, él mismo reconoce que sólo sabe imponer. En tanto su esposa posee una personalidad opuesta, sencilla y, según refiere ella misma, cordial con todas las personas. Con el fin de conservar su matrimonio y de evitar mayores conflictos, frecuentemente, ha debido “apechugar” las decisiones de su esposo.

Se conocieron en su centro de trabajo, donde ella ya laboraba cuando llegó el señor Trejo, por ello, ella conocía más sobre las actividades del mismo. Aunque él llegó con una actitud arrogante, mostrando desprecio por todo (“que nada era

digno de él”), postura ostentada a partir de encontrarse realizando estudios universitarios. Pero en realidad, por lo que denota, él sólo pudo integrarse gracias a la ayuda de ella.

Desde la posición del señor Trejo, en un inicio, existía mutua antipatía entre ambos debida, según él, a los conflictos propios de su edad (“cosas de chamacos presumidos”). Pero su esposa señala no recordar ningún problema entre ellos, más bien, las barreras a la interacción fueron interpuestas por él. Ella, según recuerda, siempre le extendió la mano para auxiliarlo en su nuevo trabajo. De esta manera, sus muestras de buena voluntad lograron ablandar su actitud derribando aquellas barreras, iniciándose una amistad entre ellos.

Él, en el fondo reconoce esta situación cuando señala que le concedió su confianza y consideración por tratarse de “una buena muchacha, madura, sensata, muy buena compañera, era atenta, te ofrecía un café, te ofrecía esto y lo otro, te apoyaba en lo que tú ignorabas del trabajo”. En otras palabras la admitió en su vida por ser servicial.

Por lo visto, el desvanecimiento de la distancia se debió más a ella, ya que pasó por alto los desplantes de su, ahora, esposo, “porque, como él dice, tengo atole en las venas”. A partir de ese momento tuvieron mayores acercamientos hasta llegar al enamoramiento, un término usado por ambos, aunque quizás con diferente contenido. Algunas semejanzas en sus definiciones, pero quizás con implicaciones dispares. Así, para el esposo enamorarse es “querer estar con la persona, el sentirse bien con la persona, intercambiar y haber entendimiento entre ambos, formar un proyecto de vida, planes de vida, objetivos a alcanzar”. En tanto que para ella el enamoramiento es: “el gustarle estar con las persona amada, ser

detallistas, que nos dediquen atención”. En la explicación él recalca su rechazo a las actitudes de compartir los detalles de la vida, de dedicación de tiempo a la pareja

...yo le platico a ella que dejé una novia porque cada semana me llevaba que un cuadrito, que una tarjeta,...Como que para mí eso no vale la pena. Yo pocas veces le dí a ella (su esposa) cosas materiales, claro que fuimos al Vips a tomar un café, pero pocas veces le dí unas rosas o algo así.

Ella, por su lado, señala su inclinación a la demostración de cariño por medio de los “detalles” a su pareja. “Yo hubiera querido que me escribiera. Yo era muy detallista. Que los papelitos, que los pergaminos, que me dijera algo”.

Lo que a cada quien disgusta del otro es distinto, mientras que a él le disgusta que ella sea “muy rebelde” que le recrimine algunas actitudes, “me grita y me dice que no está de acuerdo. A veces se sale con la suya y se hace lo que ella dice”.

A ella le disgusta que no le tenga “suficiente confianza”. “Me puedo morir sin saber porqué no me brindó su confianza. Prefiere platicarles a otros sus problemas. Mejor he oído que le platica a otras personas sus dolencias”.

Comunicación:

La trayectoria de la pareja en lo referente a la comunicación corre a la par con los vaivenes de la relación. Como ya se aprecia desde un principio la comunicación estuvo desequilibrada dentro de esta relación, mientras él reconoce limitar la

comunicación, ya de manera deliberada, ya por su origen (ser de provincia y haber tenido un padre “hermético”. Ella, por su lado, casi implora la comunicación.

El señor Trejo señala que la comunicación establecida con su esposa es limitada a cuestiones cotidianas, como los asuntos de los hijos relacionada con sus necesidades y situación en la escuela y en la casa. Los problemas del trabajo no los comenta con su esposa porque considera que son de su atribución exclusiva, “no tienen porqué enterarse los demás”. Respecto a la información sobre su enfermedad plantea reservárselo para sí mismo, aunque reconoce percibir el interés de ella por conocer la evolución de su enfermedad, ella no posee más información que la que obtiene en los casos en que acompaña a su esposo a las consultas. Él asegura ser muy “hermético” y vivir sólo su enfermedad para, según él, no provocar preocupación a su esposa.

Ella, por su lado, señala no reservarse ninguna información hacia su esposo, con excepción de aquella que, a su criterio, puede provocarle coraje y dañarle su salud. Más allá de esto, ella expresa su anhelo de mejorar la comunicación, “yo quisiera que mi pareja me dijera todo, que me tuviera confianza”, lo cual no sucede, e indica que esto le provoca tristeza, ya que después de 25 años de casada aún no logra ganarse la confianza de su esposo.

En medio de este silencio, según ella, las únicas pistas para enterarse del sufrimiento de su esposo, son sus quejidos y lamentos emitidos en ciertos momentos cuando la familia se encuentra reunida, pero que son negados cuando ella pide hacerlos explícitos, “cuando lo oigo quejarse le pregunto que qué le pasa, y él solo me contesta, nada mujer, nada. Ya se me pasará”.

En sentido inverso, parece que a él tampoco le interesa enterarse de los problemas de su esposa. Cuando ella intenta contarle sus problemas y malestares él tiene respuestas como: “ya estás dando el viejazo”, “son achaques propios de la edad”. Aunque en el fondo se deja ver cierto sarcasmo en sus palabras, él señala que lo dice para no magnificar los problemas, ya que, en su visión, su esposa siempre ha sido una persona muy sana. Por lo cual, entonces, ella no debía tener motivos para quejarse.

Comprensión y apoyo.

La revisión de la trayectoria en esta área revela la poca inclinación del señor a recibir apoyo emocional por parte de su esposa. Los relatos de su esposa son más una especie de acusación a su esposo por los tratos recibidos en materia de comprensión y apoyo. Señala que su esposo ha sido reacio a sus expresiones o demostraciones de apoyo. Por considerarlo muy significativo recuerda la muerte de su suegro (el padre del señor Trejo) al ser rechazadas sus muestras de apoyo y solidaridad “Yo sentí su rechazo, que no permitió ni que me acercara, ni le dijera nada”. Nuevamente, el señor Trejo se justifica, según él, lo hizo porque era su dolor y quería vivirlo sólo, sobre todo porque, según él, su padre representaba mucho para él, “era casi su Dios”.

Cuando se le inquiera a ella sobre los apoyos recibidos por parte del esposo, por sus referencias estos han sido, fundamentalmente, de tipo material. “Me apoya cuando me enfermo, me da dinero para los pasajes o para ir al médico. No sé que tanto sea apoyo pero se interesa por mí”. Esto es, le proporciona los recursos para asistir a la consulta médica. Por esta información y por lo que se constata en sus

asistencias a la clínica del IMSS, ella asiste sola a su consulta médica. Este relato es también congruente con lo señalado líneas arriba, en el sentido del desinterés que el señor muestra hacia los asuntos de la señora mediante las evasivas hacia sus planteamientos.

Acciones de demostración de cariño.

Como se aprecia, desde su época de juventud, el señor Trejo ha mantenido una trayectoria de rechazo sistemático hacia las formas de demostración de cariño, de rechazo hacia los “detalles”, una conducta, según, aprendida en su familia de origen, ya que sus padres, por ser de provincia (Estado de Tlaxcala) eran unas “personas sequísimas”, jamás tuvieron un gesto de cariño hacia sus hijos. Dice él que actualmente ha “mejorado muchísimo” en materia de expresión de afecto, según, ahora él ya les da besos a sus hijos. Lo que considera totalmente “fuera de lugar” son las personas casadas que se acarician o se besan fuera de su hogar, “en la calle, en el [transporte colectivo] Metro. “Yo digo que esas son payasadas cuando tienen la cama para hacer esas cosas”. Aunque él, de todos modos, a decir de su esposa, no expresa en ningún momento y en ninguna circunstancia, su afecto y cariño. Amparado en su enfermedad, refiere no preocuparle las necesidades afectivas, entre ellas la insatisfacción sexual de su esposa⁵⁷, desde su punto de vista, enterada su esposa que una de las consecuencias de la diabetes es la ausencia de erección en los varones,

⁵⁷ Una de las consecuencias de la diabetes en los varones es la incapacidad de erección.

finalmente es asunto de ella comprenderlo⁵⁸. Su esposa, nuevamente, parece dispensar el aspecto sexual, solicitando solamente demostraciones de cariño de parte de su esposo, “a mí sí me gustaría que me abrazara y me apapachara”.

Su esposa, educada en un ambiente citadino, ve con naturalidad la necesidad de la expresión de cariño mediante los abrazos, besos y caricias, señala que no se deben limitar los momentos para la expresión de los sentimientos, “estos se expresan cuando se dan [las condiciones]”

Provisión de los satisfactores materiales.

En este punto el señor Trejo adopta una posición contraria a las anteriores, así la provisión de los satisfactores materiales en su hogar son primordiales. Refiere haber sido siempre afecto al trabajo, según cuenta, desde adolescente él ha trabajado y ha considerado importante ganarse su propio sustento, esto lo considera un valioso legado de su finado padre.

Refiere que al contraer matrimonio asumió la responsabilidad de proveer a su familia al grado que actualmente sus hijos no le pueden reprochar la falta de algún satisfactor en su hogar, porque él siempre ha procurado, mediante su trabajo, que no les falte lo indispensable. En la búsqueda de obtener mayores ingresos, señala incluso, estar dispuesto a sacrificar la convivencia con su familia. “Yo siempre he sido afecto al trabajo. Puedo sacrificar cosas así (refiriéndose a un paseo con su familia), porque para mí es muy importante que no falte dinero [en la casa]”, y remata: “por eso mis hijos no me pueden reprochar que falta ´tal o cual cosa en la

⁵⁸ El señor Trejo muestra seguridad y despreocupación en relación a las reacciones de su esposa a diferencia de otros varones entrevistados que se hallan muy mortificados por su incapacidad sexual como se constata en el capítulo V.

casa". Por lo referido, para él es también muy importante adquirir las capacidades de la administración y ahorro en el hogar, esto ha contribuido, según él, para que a lo largo de su vida matrimonial, ni ellos (los padres) ni sus hijos conozcan ninguna carencia, "no nos sobra, pero tampoco nos ha faltado". A su juicio, al inicio de su vida matrimonial, su esposa no sabía administrar los recursos de su hogar, pero le reconoce la virtud de haber aprendido muy bien, al grado que en la actualidad, a sus ojos, "es una excelente esposa".

Su esposa, por su lado, quien al inicio de su matrimonio, renunció a su trabajo remunerado para dedicarse a la crianza de sus hijos, actualmente trabaja en la empresa familiar, considera muy importante equilibrar el trabajo con las necesidades de convivencia con su familia. No emite juicio, sin embargo sobre el desempeño de su esposo.

La trayectoria de la enfermedad del señor Trejo

Por lo referido por el señor Trejo y por la apariencia física que presenta (complexión delgada pero sin deterioro físico, buen color) a una distancia de más de 10 años de su diagnóstico con diabetes, su enfermedad ha tenido una trayectoria estable, no reporta complicaciones graves, a pesar de reportar que lleva una vida desordenada (excesos en la comida, beber alcohol, desvelándose, etc.).

En términos de comportamiento de su enfermedad, la situación del señor Trejo recae en los términos descritos por Moreno (2006), personas que pueden incumplir las indicaciones sin mayores consecuencias, quienes conociendo la situación ajustan las indicaciones médicas sin descontrolar sus niveles de glucosa,

o incluso, como el caso del señor Trejo, que aún sin estar bajo vigilancia médica, sí conoce las indicaciones, pero las incumple.

A más de 10 años del padecimiento, aprovechando lo benigno de su enfermedad el señor Trejo ha llevado su vida habitual, en tanto esta no ha provocado considerables deterioros en su organismo, por lo cual no ha requerido mayores apoyos, ni de su esposa, ni de otras personas. Esto le ha permitido al señor Trejo seguirse considerando autosuficiente en el manejo de su hogar, de su trabajo y su enfermedad. Sus desplantes demuestran que él se siente controlador de la situación como de hecho parece suceder, él, sabedor de concentrar la atención de su esposa indica que no necesita ni de atenciones ni de apoyos. Él declara, “esta es mi enfermedad y la debo padecer yo sólo”, aunque en el fondo con sus actitudes de desobedecer las indicaciones médicas de manera ostentosa (llegar y abrir el refrigerador y tomar en exceso lo que esté a su alcance) y mostrar cierta actitud autodestructiva y por otro lado, no comunicar de manera explícita sus afecciones, pero en cambio sí externarlos por vía de los quejidos y ya despertando la atención de su familia, principalmente de su esposa, él remata: “nada vieja, no pasa nada, ya se me pasará”, mostrando en esos momentos una actitud estoica. La información que el señor Trejo posee parece dosificarlo para consumo de su esposa de manera efectiva. Por sus características el código parece recaer en aquello que los expertos denominan metamensajes⁵⁹ utilizados cuando expresa gestos y quejidos y enseguida negar la información de forma explícita.

⁵⁹ Según esto, los metamensajes, consisten en todo aquello que la persona refleja en su estado emocional aunque no lo haya dicho verbalmente, consistentes en tonos de voz, posición corporal y gestos. “...gracias a la ambigüedad de todo metamensaje, por lo general no es necesario dar órdenes en la vida cotidiana: lo no

Vínculos:

Se observa una relación de mutuo condicionamiento en la trayectoria de la pareja, el esposo al constatar las actitudes aprehensivas de su esposa y ser el centro de su atención se permite el lujo de mostrar indiferencia y hasta actitudes irresponsables hacia su enfermedad, lo cual provoca mayores tensiones en su esposa. Como se observa en la trayectoria, ella siempre concedió, aún en los casos de rechazo frontal de su esposo. Una historia que nace desde que se conocieron, esto es, a los desplantes de rechazo de su esposo ella siempre extendió la mano. El ha podido tener una actitud petulante porque su esposa lo ha consentido. Ante todo, ella señala haber “apechugado”. El antecedente provinciano del señor Trejo puede considerarse como una herencia de sus orígenes, aunque se vale del mismo para justificar su actitud arrogante ante su esposa, esta actitud, al mismo tiempo, se ve reforzada por su paso por la universidad con lo cual él se permite ostentarse como superior a su esposa. En tanto ella, implícitamente, asume su inferioridad por no haber estudiado la universidad. Otro aspecto es la condescendencia que él goza por parte de su suegra, ya que a decir de ambos, lo considera como una persona muy responsable y trabajadora, por lo cual ella (la suegra) con frecuencia recomienda a su hija tratarlo bien, procurarlo.

dicho es mucho más eficaz para inducir a los demás a hacer algo que quizás no haría si uno se los ordenara explícitamente” (Castañeda, 2002, citada por Garda, 2006: 257)

Segunda etapa de la entrevista

Comunicación.

Ante la pregunta de cómo es actualmente la comunicación con su pareja, responde que “regular, no es buena, tampoco, mala”. Dice que la temática de su comunicación se limita a hablar de su dieta, de nuevos conocimientos adquiridos sobre la enfermedad, de sus complicaciones, “Comento de cosas que trato que ella conozca y que a ella también le interesa conocer”. En lo referente a la comunicación sobre los asuntos de su trabajo señala que es asunto privativo suyo. “Sé que a ella le interesa, luego me pregunta, ¿oye qué tiene o como está el negocio? Pero lo del trabajo es mi trabajo y lo de tu casa de tu casa”.

Al preguntarle sobre la causa de la cerrazón, reitera que se trata de un hábito adquirido desde niño. “Siempre, siempre, siempre, fui yo muy poco comunicativo con mis cosas, o sea, siempre yo trabajé, yo estudiaba, yo me pagaba, yo todo, todo, todo, si yo soy el que soluciona los problemas, para que los comento no tiene caso, nadie me va a ayudar”.

Comprensión y apoyo emocional.

Señala percibir la preocupación de su esposa por sus problemas, y percibir que se preocupa por su seguridad, en tanto él efectúa una gran parte de su actividad fuera de su hogar y en horarios nocturnos. Reconoce que ella le procura la alimentación adecuada. Señala que, incluso, antes de adquirir la enfermedad, su esposa siempre mostró disposición para entablar relaciones cordiales. Ya con la enfermedad presente ella siempre ha sido solícita a atenderlo aún ignorando sobre las características y necesidades que genera la enfermedad, “ella no sabía ni

cómo darme apoyo ni qué decirme...”. Pero el interés ha persistido al grado de empeñarse en la documentación y manejar algunos términos médicos y “ahora se muestra más interesada en cómo tratarme y entenderme”.

Se le pregunta si ha cambiado su punto de vista sobre los apoyos que le ofrece su esposa, como aquel caso de la muerte de su padre, en que rechazó el apoyo emocional ofrecido. Parece no haber cambiado en ese punto. Señala que se trató de un problema muy suyo y de unos sentimientos muy particulares, que sólo él entendía, de ahí que deseaba vivirlos de manera individual. Ante la pregunta de cómo tomó aquellos gestos de parte de su esposa, él responde que los tomó como un apoyo ordinario “Así, simplemente, lo sentí como un acompañamiento de la persona que vive contigo, tu pareja, yo no sé si ella lo quiso, si le dolió o no te duele, era mío mi asunto y nada más”.

Quizás como muy comprometido reconoce los esfuerzos de toda su familia de solidarizarse con él adoptando una dieta ad hoc para su situación⁶⁰ y en el camino beneficiarse todos. Admite que al llegar a su casa recibe atenciones de parte de su esposa preguntándole cómo se siente, qué desea tomar o comer, “y yo a veces acepto, a veces le digo que estoy cansado que prefiero ir a la cama” y en aras de comprenderlo y atenderlo mejor, ella se ha documentado. Sin embargo él insiste en desestimar aquellos esfuerzos y sólo reconoce de manera abstracta la atención. Cuando se le pregunta por los apoyos brindados por su esposa, responde con cierta evasiva. “Siempre se necesita de apoyo. Yo digo que toda la vida se debe necesitar y recibir apoyo, con gente que tiene el mismo problema por lógica moralmente con conocimiento y aparte con profesionistas con instituciones

⁶⁰ Algo no acontecido con frecuencia como ya señalaba Mendoza (2000) en el anterior capítulo.

con material que le puedan ayudar o apoyar”. Se le insiste ¿Y en el caso de su familia qué tipo de apoyo requiere? “Igual comprar libro ver programas, acudir a pláticas que sepan mostrarle a uno el porqué de las cosas”. Más directa aún la pregunta ¿Su esposa lo comprende en su problema?

...yo creo que es como todo. A veces uno también se pone intransigente y ella se cansa, por lógica si uno rebasa ciertos límites. Todo está dentro los límites,...para todo hay formas y medios de preguntar y tratar las cosas, porque si uno [actúa] provocado por la enfermedad, es uno grosero, en fin... no quisiera recibir lo que no da uno.

Es decir, ya metido en este camino, de alguna manera asume cierta actitud autocrítica, reconociendo que quizás no recibe el apoyo y la atención que deseara como respuesta a su propia conducta.

¿Cuáles son los cambios?

Como apreciará más adelante, el discurso del señor Trejo ha variado sustancialmente con relación a la primera etapa de las entrevistas, ahora en sus respuestas deja relucir una actitud más positiva, sobre todo, frente a la enfermedad.

Se le pregunta al señor Trejo sobre las motivaciones de los cambios experimentados. Según él, las actitudes anteriores se deben a la ignorancia sobre la enfermedad, por eso cometió “muchos excesos en todo y mucho de todo y ahora con la experiencia, y aun cuando esté uno sano,...si yo lo hubiese sabido antes...a lo mejor no me hubiese pasado, a lo mejor hubiese llevado una disciplina y todo,...y ahora es lo que vamos a evitar”.

¿Qué pensaba?

No pensaba porque simplemente no la conocía, “me decía que el azúcar y que el azúcar” y yo por la misma ignorancia, y por la flojera de aprender a conocerla ahí la dejé y no le dí ninguna importancia, y no se da uno cuenta que el tiempo pasa y la enfermedad te va marcando. Te dice aquí estoy, es cuando uno mismo siente la necesidad de conocer la enfermedad, [de saber] cuales son sus orígenes porque da y porque todo... y es cuando uno dice “ah caray, me voy a checar”.

En sus palabras, saber de la enfermedad, conocer sus síntomas, lleva indagar más sobre ella, conocer las versiones de los médicos, ver la televisión van enseñando que la enfermedad siempre está presente, también enseñan a ver la vida de otra manera.

Oírlo así produce el convencimiento de un cambio radical en la actitud del señor Trejo, al menos en la actitud frente a su enfermedad. Entonces viene la pregunta ¿Cuál fue la causa real de su cambio? Si a escasos seis atrás (en el momento de la primera entrevista). Para entonces ya se había documentado (al menos así lo dejaba relucir). Aunque, es cierto, en ese momento desconocía o no tomaba en cuenta las verdaderas implicaciones del padecimiento, él reconocía que la diabetes puede causar la muerte y nada más (“si he de morir, que me muera”), pero pasaba por alto el trance de las complicaciones, las dolencias, la total postración y dependencia hacia los demás y todas las incapacidades que conlleva la fase terminal de la enfermedad. Este comentario se le hizo durante la primera entrevista, Es posible que esta información lo haya hecho reaccionar, o fueron las propias molestias, de tal manera que en posteriores pláticas él mencionó visitar al oftalmólogo debido a sus ya mayores y constantes problemas en los ojos. Ahora, al menos, adopta una posición más humilde, más de reconocimiento de sus limitaciones.

...he querido formarme un propósito, un objetivo que, pues que perfecto, nadie me va adelantar ni me va a atrasar mi muerte, pero la calidad de vida sí. Entonces si me toca mucho tiempo creo que sí vale la pena vivirla con mejor calidad y no con pésima calidad. Que si me voy a morir, voy a estar ahí todo cegatón y enfermo y causando tantos problemas. Pues voy a tratar de vivir lo que tenga que vivir, en mejores condiciones no causar tantos problemas ni para mi familia,... también para mí.

Dice él que, de acuerdo a los últimos estudios que le entregaron, resultó encontrarse en buenas condiciones, los cuales lo hicieron revalorar y reconsiderar su situación. Si por el contrario hubieran salido mal, él hubiera renunciado a todo tratamiento “Hasta ahí hubiera quedado todo.

Los cambios percibidos en la actitud del señor Trejo es sobre todo en la posición frente a su enfermedad, independientemente de llevarlos a cabo, su discurso ha variado de manera radical, ahora admite haber actuado con irresponsabilidad, admite haber cometido excesos, habla de lograr mayor calidad de vida que esperar las complicaciones y los deterioros y estar ahí “todo cegatón y enfermo y causando tantos problemas”.

Calidad de vida.

¿Cómo afecta el padecimiento la calidad de vida del señor Trejo? En general él ha disfrutado de unas condiciones estables de su enfermedad, implicando no tener complicaciones graves, ni limitaciones para el desarrollo de sus actividades habituales, lo cual habla de una independencia en su dinámica de vida.

Según reporta las limitaciones que experimenta el señor Trejo se relacionan más con los excesos, esto es, una borrachera, una “desvelada” tienen consecuencias

severas en su situación posterior. “Si, te emborrachas y no podías con la cruda y ya los problemas de salud que ocasiona la enfermedad y ya te va poniendo muchas limitaciones. Además desde el momento que estás acostumbrando a desvelarte y a las doce de la noche ya estás bien cansado”. Significa entonces que sin los excesos, la enfermedad aún no trastoca su vida cotidiana. La enfermedad, más bien, se constituye en algo así como una llamada de atención para frenar los excesos, si no quiere sentir malestares o buscarse complicaciones: “La enfermedad te da muchas limitaciones y acostumbrado a los excesos y después la enfermedad te dice que no puedes continuar con esos excesos y te limita y te crea problemas”.

Por lo señalado él ha logrado mantener un control de sus niveles de glucosa.

En la actualidad, fundamentalmente, su temor es el poco o nulo control de las variables externas como los asaltos, los accidentes, cuya presencia pueden provocar complicaciones o agravamiento de su enfermedad. “Tengo temor a tener algún accidente o algún asalto que te haga subir el azúcar. que te pueda provocar ceguera, o un infarto o algún problema ocasionado por la enfermedad”.

No obstante, ante la pregunta sobre el futuro, el señor manifiesta percibir un horizonte limitado, manifiesta inseguridad frente al futuro. Señala que antes de saberse enfermo esperaba mayor longevidad.

Lo percibía más o menos haber llegado a viejo. Ya con la enfermedad ya no me contemplo tan viejo, simplemente siquiera con cierta edad, con cierta calidad de vida. Me conformo ya no como mi papá, con 80 años. Ahora digo siquiera que dure 60 [años] pero con una calidad de vida

¿Cómo percibe el apoyo brindado por su esposa? El señor Trejo aún conserva una integridad física y, sigue siendo y se siente muy autosuficiente por lo cual no resiente aún la necesidad de algún apoyo, en este sentido no se ha afectado su calidad de vida. Cuando de le pregunta por el apoyo de su esposa, él contesta que “todos necesitamos de todos”.

A partir de esta información es posible afirmar que:

a) La actitud petulante del señor Trejo encuentra sus orígenes desde el inicio de la relación, en el momento en que ingresa a su trabajo cuyos cursos universitarios le dan la creencia de superioridad sobre sus compañeros, teóricamente por lo conocimientos y dominio sobre su proceso de trabajo que podría comportar. Pero desconocía los conocimientos específicos requeridos. Su esposa contrariamente, una mujer sencilla y solidaria tenía dominio de los requerimientos de aquel proceso, ella sin prejuicios le brindó su ayuda y su amistad. Las actitudes se observan como una constante a lo largo de la trayectoria de la relación de pareja.

b) El matrimonio de la pareja Trejo-Rodríguez se finca sobre bases distintas. En las descripciones del señor Trejo se detecta un contrato basado en pareja concertada, aunque a no se localiza la participación de los familiares en la toma de decisiones, se colige que subyacen decisiones de tipo racional. Dice Troya (2000):

El hecho más relevante es que estas parejas se conciertan con el propósito implícito (...) de convertirse en familia y de reproducir con variaciones mínimas una estructura y organización familiar similar a aquella de las que provienen...Asimismo, esperan ser socios eficaces en las áreas relacionadas con la administración y manejo de bienes, tradiciones, relaciones con el resto de la familia...

En palabras del señor Trejo, él buscaba una “buena mujer” que le cuidara sus hijos, y aunque de principio ella no era una buena administradora del hogar, él señala y le reconoce que fue aprendiendo. Parecen ser las prioridades del señor Trejo a lo largo de su relación.

c) Lo anterior aunado con sus estudios universitarios y su satisfacción de ser proveedor en su hogar le dan la percepción de ser muy autosuficiente, al grado de sentir que tiene las riendas de su cuidado, además de decidir y dosificar el apoyo de su esposa. Por sus palabras, su esposa, no es tan necesaria en su cuidado y el cuidado de su enfermedad que en la crianza y cuidado de sus hijos. Según esto, se siente más en deuda con su finado padre quien “siempre fue una persona ejemplar, no fue una persona ni viciosa, era una persona de trabajo, de esmero, muchas cosas. Mi papá era como un Dios. El hizo muchas cosas que tengo que agradecerle”.

d) Las expectativas de la esposa con respecto a su matrimonio se fincaron más en lo que se reconocería como amor maduro, concebido este como la combinación de sentimientos afectivos, decisiones racionales o muy cercanos a lo racional y relación fraterna, “conocimiento del compañero amado” (Rage). Con base en esto ha buscado brindarle apoyo y solidaridad a su esposo a lo largo de su vida matrimonial, en contraparte le ha demandado comunicación para conocer más sobre sus problemas, sobre todo en su problema de diabetes, pero el señor Trejo le ha negado la información y los pormenores de su enfermedad y ha rechazado el apoyo brindado, situación que pone en angustia a la esposa.

La información que el señor Trejo posee parece haber sido utilizado con fines de control sobre su familia, principalmente sobre su esposa, de ahí la dosificación de

la información a su conveniencia, en este contexto también recaen los metamensajes utilizados cuando expresa gestos y quejidos y enseguida negar la información de forma explícita.

d) Parece ser entonces que el señor Trejo busca reforzar sus formas de control por varias vías, por vía de su rol de proveedor, por vía de su capital cultural, por vía del manejo de su enfermedad, con esto último parece obtener lo que los autores denominan ganancias secundarias, es decir, aprovechar su padecimiento para manejar a su esposa. Lo anterior, sin embargo, es posible dada la trayectoria estable que ha observado la diabetes que padece el señor Trejo.

6.2 El matrimonio Guzmán-Flores

Inicio de la trayectoria

Su relación inició desde la adolescencia, cuando ella tenía 15 años y él, 19. Refiere la señora Flores que desde entonces él buscaba frecuentarla, se hacía el aparecido en su camino o con el pretexto de llevarle un disco o cualquier objeto que a ella le gustaba. Duró un año esta relación, lapso en el cual ella dejó a su novio anterior. A partir de ese momento intensificaron sus encuentros, haciéndose novios de manera tácita, “empezamos a salir, duramos cuatro años de novios sin decir que sí, nunca me preguntó si somos novios. Pero ya estamos hasta casados, nomás empezamos a salir y a salir”.

En las palabras de la señora Flores, quien abunda en el relato, durante ese lapso se dio el proceso de enamoramiento describiéndolo de esta manera: “me caía mal al principio, porque era un junior, hijo único, presumía de todo...Pero empezó a cambiar, todo lo que le decía, me decía que sí... Yo sentía un vacío en el

estomago cuando dejaba de verlo, lo quería estar viendo todo el día. Yo no se si esto será de verdad enamoramiento pero fue diferente a todos los noviecitos que tenía. Se me hacían eternos los días, ya me urgía que llegara...”

El Señor Guzmán es lacónico en la respuesta, para describir que sí hubo enamoramiento remite a la fotografía de su boda colgada en la pared. “Ahí está la foto, la foto es la que habla, si no [me hubiera enamorado] la hubiera mandado al carajo”.

Le atrajeron a ella su aspecto físico, su forma de arreglarse, sus ocurrencias, describe que él era muy ocurrente y locuaz, buscaba agradarla, además de que apreciaba sus cualidades de persona trabajadora y muy responsable. Por su lado, a él le atrajo el que ella fuese “trabajadora”.

Cuatro años después se casaron, ella a los 20 y él a los 24 años.

Lo que les disgusta a cada quien, a ella que en el trayecto de su matrimonio él se emborrache y sea grosero e impertinente, que en las fiestas la deje sola y se vaya a bailar con otras parejas. A él le disgusta que ella sea exigente en la casa.

Su proyecto inicial fue construirle un castillo, expresión metafórica de su esfuerzo por ofrecerle una familia con hijos y ciertas comodidades, le construiría una casa para independizarse de los padres de él, la casa donde viven actualmente. Pero, como describe él, no les ha funcionado hasta el momento, “les ha ido mal” y no ha logrado construirle el castillo. En la descripción de ella, a poco de iniciar el matrimonio, él ha mostrado cada vez menos apego al trabajo, desentendiéndose cada vez más de las necesidades del hogar, en un intento de explicación de su situación señala: “Yo le echo la culpa que vivamos con su mamá” en el sentido de que sus padres de él le ayudaban en sus intermitentes épocas de desempleo, y él

se había atendido a esa situación, además de que él ha contado con la casa de sus padres para vivir con su familia.

Comunicación.

La trayectoria en la comunicación parece haber corrido paralela con los cambios que ha vivido la pareja, se aprecia una transición en el momento de inicio del matrimonio. Por las descripciones de ella, sin ser un gran conversador, durante el noviazgo el señor Guzmán la buscaba a ella y le relataba las peripecias del día, a través de sus conversaciones ella conoció inicialmente a su familia de origen, se enteró de su ocupación, de sus inclinaciones y aspiraciones. Ella, por su lado, siempre muy comunicativa, expresaba sus sentimientos y aspiraciones, le describió, con todos los pormenores, a cada uno de los miembros de su familia de origen.

Aunque ella no se percató del momento del cambio en la comunicación. Por sus referencias los cambios parecen haber iniciado con el matrimonio, la comunicación por parte del esposo ha sido, conforme transcurrió la relación, cada vez más escasa. De acuerdo con la señora Flores ella es generalmente la que toma la iniciativa platicando y haciéndole preguntas a su esposo. Según ella, su esposo ha sido “raro”, ya que cuando ella calla por alguna molestia, él toma la iniciativa, “cuando estoy molesta, porque cuando me molesto callo, él es el que me dice fíjate que esto y lo otro, y cuando yo trato de contarle, ni me hace caso. Por eso a veces prefiero estar callada yo para que me cuente”. Pero el distanciamiento cada vez fue mayor en esta área, al grado que el esposo no se enteró o no le interesó enterarse del primer embarazo de su esposo hasta ya avanzado éste.

¿Cuál es el contenido de la plática cotidiana? “De los hijos, de lo sucedido en el día”, pero mayormente por parte de la señora Flores. De parte del esposo la comunicación es nula de no ser por la esposa quien le pregunta sobre las peripecias del día, “El llega y se quiere acostar, hasta quiere que le lleve la comida en la cama. Igual, yo soy la que le saca la plática, le pregunto como le fue, y ya él me relata algunas cosas. Ya después, quiera que no, me pregunta como me fue”. Sobre el contenido de la plática de otros momentos, refiere que se centra en relatar sobre algún conocido, sobre su trabajo o sobre algún negocio que a él le interesa.

Algunas veces yo le pregunto si todavía lo hago feliz, y me contesta claro que sí, porque él antes se expresaba “mi vida mi amor”, él se voltea y yo le insisto, ¿ya no me vas a platicar nada? Y a poco todavía me quieres, “pues sí”. ¿Todavía te gusto? “Ah pues sí tonta, si no ya me hubiera buscado otra”.

Pero por la descripción, el problema de la comunicación del esposo es con toda la familia, también tiene un distanciamiento con sus hijos, desde niños él estuvo lejos de ellos, por ejemplo pocas veces asistió a las juntas de la escuela de sus hijos. “En las noches llega y se tapa todo y no quiere enterarse de nada”. Refiere que ante el distanciamiento y mutis de su esposo, fue ella quien le habló a su hijo de los asuntos sexuales y, actualmente es a ella a quien él le platica sobre sus relaciones con su novia. “Apenas le dijo él (su hijo) ¿es que no se trata de regañar papá, debes platicar con nosotros saber qué queremos. Dice él que yo los he alcahueteado y que no los callo y le pierden el respeto yo le digo que el respeto se gana, yo voy a estar callada si [veo que] te está diciendo tu verdad”.

Cuando se le pregunta al esposo cómo se enteran de las necesidades de su esposa, él responde de manera escueta: “Platicando simplemente, que llévame acá, llévame allá, [la comunicación] no al 100% como se debiera, porque si no hay comunicación no hay estabilidad y no hay relación de pareja”.

Por las referencias, lo que ha evitado el esposo, desde el inicio de la enfermedad de su esposa, es enterarse sobre el estado de salud de ella, sobre su enfermedad, según con la intención de no traumarla aún más.

Al preguntarle al esposo sobre la importancia de enterarse sobre la enfermedad de su esposa, él responde de la necesidad de la constante comunicación, para saber cómo se encuentra su esposa, pero, según él, su esposa es muy fuerte y tiene la energía suficiente para salir adelante.

Ella, por su lado, señala el deseo de ser consultada, que, “quisiera que me preguntara qué tengo, que me preguntara por mis medicinas, no lo hace porque me dice que me trauma más, pero yo no sé si es por eso, o es porque no quiere interesarse por mi enfermedad”.

Comprensión y apoyo.

La trayectoria en esta área muestra ciertos desniveles entre los miembros de la pareja. La esposa abunda sobre su percepción al respecto. Señala los casos en que sí y no ha encontrado comprensión y apoyo. Recuerda cuando murió su padre, su esposo la llevó hasta el sitio del velorio, pero se regresó, enterándose ella posteriormente que, él del velorio se fue de parranda.

Quizás de los casos donde se percibe con más claridad los tipos de apoyos brindados es durante el primer embarazo de la esposa.

En el embarazo yo lo necesité y no estuvo conmigo, porque no pensaba que yo tuviera un bebé, hasta que me llevó al doctor y este lo regañó. Cuando el doctor me puso un gel [en el vientre], él puso la mano y sintió que el bebé se movió y fue cuando empezó como a cambiar y, yo le dije que lo necesitaba.

Sin embargo en el trabajo de parto no estuvo presente a pesar de los llamados de su esposa

...cuando me fui a aliviar tampoco estuvo conmigo porque estaba bien desubicado. Se fue a trabajar y aunque le dijeron que ya había ido su suegro a avisar que su esposa ya estaba en el hospital, y él “ah luego voy”. Ahora cuando le preguntan que porqué no estuvo conmigo, dice que “porque estaba con otra vieja”

En contraparte, se acuerda que en la enfermedad de su madre de ella, él la apoyó y la impulsó para ir a cuidarla.

Indagando sobre el apoyo en las actividades del hogar, ella responde que sus hijos que la familia sí le apoyan, pero en el ánimo de no sentirse “inútil” ella hace el esfuerzo de realizar las actividades ella misma. Su esposo en algún momento intentó ayudarle en la cocina, pero, cuenta que su mamá le espetó que él no era un “mandilón” que debía dedicarse a su trabajo. Desde entonces no lo volvió a intentar. Según sus referencias, recientemente empezó a ayudar un poco, “ahora ya tira la basura”, antes no hacía nada de eso. Llegaba y quería mandar a todo el mundo, “[a] Miguel Ángel [le decía] haz esto, haz lo otro. Le digo, tú pareces sultán, en la cama y mandando. Y es que el niño [su hijo] trabaja de noche”.

Quizás donde menos apoyo y comprensión ha encontrado es en su padecimiento, su esposo insiste que no hay nada que hacer, que ella está, bien y estará bien. Que no tiene caso ir al médico, que ahí la lastimarán y la traumarán aún más.

Y yo le digo si hay algo que arreglar pues hay que arreglarlo y si no pues ni modo, pero nada pierdo con intentar de nuevo, ya me han dicho tanta cosas feas que otra más no me afectará, pero yo quisiera que se interesara.

Sobre su pérdida de la vista dice ella,

...él está más conforme que yo. De hecho no quería que me asegurara (afiliarse al IMSS), quién te va a acompañar me dice, y yo le digo a poco no te gustaría que viera yo un poquito, pero si todo lo haces. Pero, le digo, el día que deje de ver. Conozco el camino, conozco todo, pero el día que deje de ver.

En el cumplimiento de la dieta tampoco parece haber apoyo y solidaridad, dice que cuando prepara verduras él forzosamente pide su dotación de carne, “él dice: ‘yo quiero mi carne’, por eso siempre hago dos comidas, una comida y una ensalada”.

Señala que su esposo no la entiende, que por encima de su demostración de autosuficiencia desearía gestos de comprensión y apoyo.

No me entiende, él dice que sí le interesa entenderme, pero hasta yo le reclamo y por eso yo siento que no le interesa comprenderme...El siempre me dice es que tú no estás enferma, pero yo me pregunto porqué me dice que no estoy enferma, ¿para no apoyarme psicológicamente? O le interesa que no me siente enferma. Yo quiero que me diga sí estás enferma pero échale ganas,...Yo sé que puedo, pero siempre necesita uno que le den su apoyo, a lo mejor será la edad. Siempre he sido como fregona, ahora que no puedo me siento mal. Siento que ahora que pasa el tiempo como que lo necesito más

Por su lado, ella relata continuar apoyando a su esposo en varios aspectos. Ha existido apoyo material en dos aspectos, en los momentos de desempleo en los que él no ha aportado ingreso al hogar, ella ha buscado la manera de solventar los gastos y cuando él ha intentado emprender algún negocio ella ha sido quien ha aportado sus ahorros en calidad de préstamos que nunca han regresado por la inoperatividad de las empresas intentadas. Actualmente ella atiende a la madre de su esposo, quien se halla postrada a causa de una embolia que le paralizó el cuerpo. La señora Flores le prepara la comida, se la lleva a su cama y se la administra.

La respuesta del esposo a la pregunta de cómo ha percibido los apoyos es nuevamente muy escueta,

pues sí la apoyo hasta donde más puedo. La verdad vengo hasta el full, pues problemas tengo durante el día en el trabajo y problemas aquí, que no esto que lo otro, que no hay dinero. Yo le digo, ya veremos vieja qué viene mañana.

Respecto a los apoyos recibidos por parte de su esposa sólo se limita a responder que han sido tanto apoyo de tipo moral como económico, “no es tan mala que digamos”.

Demostración de cariño.

Mientras que para la señora Flores lo más importante en la relación de pareja es el afecto.

Sería antes que nada el afecto, siempre el afecto y años pasan y creo que esto es lo que ha hecho que yo esté aquí todavía con él, porque hemos vivido situaciones económicas gravísimas...él está conmigo y estamos bien es suficiente.

El señor Guzmán responde que afecto y dinero van de la mano “sin dinero no hay vida ni puede haber amor, pero sin amor tampoco se puede vivir”.

No obstante, los relatos pormenorizados de la señora Flores detallan la trayectoria de la pareja en la expresión del cariño. La señora Flores asegura no ser muy efusiva, pero, según ella, tiene sus formas de expresar sus afectos, “no soy ´de mi amor, mi vida´, pero tengo mis formas de demostrar mi cariño. Así a mis hijos les digo ´vente mi niño´, le acaricio la cabeza, su espalda. Muy amorosa no soy. Pero lo sienten”. Ella relata que sus hijos le corresponden el cariño escribiéndole cartas, “a mi hija le pido que me la lea y [cuando lo hace] llora. Mi hijo también me escribió una carta y me la leyó, pero mi hijo no llora, es muy machito”.

Señala que a su esposo también le expresa su cariño “Yo lo atiendo, le pregunta cómo le fue, ´te traigo esto, te traigo lo otro´, le llevo a tocar la cabeza, la espalda, le toco las manos, no soy muy amorosa pero le demuestro que me interesa”.

Su esposo, por su lado, parece tener dificultad o no interesarle expresar su cariño. Su actitud es contradictoria, según, porque llega regañando a diestra y siniestra, luego se le observa besar y abrazar a sus hijos, lo que ellos no ven genuino. La señora Flores refiere que, recientemente su hijo le espetó el no atenderlos y no platicar con ellos antes que regañarlos.

Señala ella que anteriormente cuando se sentía triste solía llamar por teléfono a su esposo, “yo no soy de las que hablan a cada rato, pero cuando le hablo me contesta ` ¡qué pasó!` Luego le digo hola [y me contesta] ´ay pero si te vi en la mañana”.

Señala, también, que poco después del inicio de su vida matrimonial, él empezó a desatenderla en las reuniones familiares, no bien arribaban a la fiesta, él la instalaba e inmediatamente se apartaba para bailar por su lado.

No obstante, la señora Flores considera que su esposo sí la quiere, aún dentro sus incapacidades para demostrar su cariño

Y yo imagino que dentro de sus incapacidades de demostrar cosas él me quiere mucho, a todo mundo le dice, cuando le comentan que ya hemos durado mucho, “ay sí, la quiero mucho pero es bien cabrona. No se deja” a todo mundo le va a decir así. Mi mamá le dice, ya no hagas sufrir a mi hija, “ay señora, la quiero mucho pero es bien cabrona su hija”. Yo siento que él me quiere mucho pero no lo sabe demostrar porque no lo aprendió.

Provisión de los satisfactores materiales.

Uno de los aspectos donde más déficits enfatiza la señora Flores es en esta área. Relata que en el momento de su casamiento la juez le preguntó al señor Guzmán qué le ofrecía a su esposa, él contestó que nada más dos brazos y un corazón grande, prometió que trabajaría duro para que nada faltara en su hogar.

Pero parece que la promesa no se cumplió, poco después del casamiento las cosas cambiaron. Él trabajó en su propio taller mecánico, pero no al ritmo esperado, de tal manera que para imprimirle vigor a ese trabajo la esposa se involucró en el trabajo del taller participando en la tarea ruda que consiste la mecánica automotriz, ella refiere “yo me metía debajo de los coches para ayudarle

a hacer las reparaciones”, de acuerdo a su relato esto duró por largo tiempo prolongándose hasta durante gran parte de su primer embarazo, “con mi panza buscaba la manera de meterme debajo de los carros”. Pero la empresa no despegó y con el tiempo el esposo fue abandonando el taller, resintiéndose en el descenso de la economía del hogar. Esta situación propició que la señora Flores buscara diferentes tipos de trabajo, uno de los principales fue el realizar trabajo doméstico en “casa de amigos”, lo cual le redituó ingresos que suplieron el faltante de su esposo.

En sus erráticos intentos de salir adelante ha realizado negocios fallidos, como aquel de comprar un automóvil para ingresarlo como taxi, para lo cual utilizó los ahorros de su esposa.

Así llegó de repente y “préstamelo yo te lo repongo”. La última vez le pedí prestado mi hermano para comprar un coche que pretendió meter de taxi, le metimos dinero, pero al final el carro se le fregó la máquina y él después lo malbarató. Tengo ahora una deuda bien grande porque todas las deudas han sido para apoyarlo.

Pretendiendo explicarse la situación apunta que su esposo ha sido un tanto ingenuo, porque ha pretendido involucrarse en cualquier negocio que la gente le dice que es prometedor sin consultar con su esposa; otro tanto le ha faltado tino y tesón para emprender sus decisiones “él mismo ha contribuido a fracasar en los negocios, [ya] que si uno le busca le encuentra”.

Entre sus prolongados espacios de desempleo y sus decisiones erráticas han llevado a agotar los ahorros de su esposa al grado de encontrarse ella en algunos días sin dinero para el gasto del día. “Hoy, no está para saberlo pero amanecí sin ni un quinto,...Que me pongo a hacer galletas y salí a venderlas, no vendí mucho

pero saqué el gasto. Vendo galletas con los vecinos, con la señora que vende verduras, con el de la tienda”.

Considera que su esposo es muy conformista porque sabiendo “hacer muchas cosas” no aplica sus conocimientos, “yo le propongo poner negocio aquí [en su casa] y él me contesta ‘aquí no se vende nada’ y como ya no veo bien, me da miedo ponerlo yo sola”.

Su última afiliación al servicio médico del IMSS lo logró por la incorporación de su esposo a su ocupación más reciente, pero poco después él fue despedido del trabajo contratado quedándose ella sin servicio médico y sin provisión de medicamentos para controlar sus niveles de glucosa.

Consultando con el esposo, dice que tenían un proyecto, pero como mecánico le ha ido muy mal. Dice que no han logrado sus proyectos “quizás sean pruebas de Dios”.

Su esposa remata. “Ahora revisamos qué tenemos y yo le digo ¿y tu castillo? El dice vamos a volver a empezar, yo le digo que no porque antes estábamos con fuerzas. Lo que tenemos lo vamos a conservar porque los hijos se van. Se nos quedó nuestro castillo a la mitad”.

Trayectoria de la enfermedad

La señora Flores puede ubicarse dentro de los casos con trayectoria deteriorante. Aquéllas que han tenido un deterioro por no poder seguir todas o alguna de las indicaciones a partir del diagnóstico, ya sea debido a limitaciones económicas, a

condiciones de trabajo o a que “comen lo que pueden” y no hacen ejercicio. La situación de la señora Flores parece deber a la falta de recursos para atenderse.

Su aspecto físico es íntegro, su complexión es regular, presenta color casi normal, muy ligeramente muestra el color amarillo de los diabéticos. El deterioro más importante que presenta después de 18 años de padecimiento, es la pérdida de la vista. Actualmente reporta descompensaciones más frecuentes de sus niveles de azúcar, y sólo recupera sus niveles cada vez más inestables mediante los medicamentos hipoglucemiantes, que son actualmente su único factor de equilibrio. Ella por sus referencias nunca ha hecho ejercicio, reporta procurar control de su dieta “preparando dos comidas, una comida y una ensalada”. Sin embargo, es de dudarse que siempre pueda ella prepararse su dieta de manera adecuada cuando sus ingresos han sido deficientes en los últimos tiempos y, desde años antes cuando realizó trabajo remunerado en los domicilios, considerando que el trabajo le impide procurarse comida adecuada en horario y contenido.

Cuenta ella que poco después de haber iniciado su matrimonio, en su segundo embarazo, empezó a sentirse mal, por lo cual le realizaron estudios clínicos, diagnosticándole diabetes gestacional, de ahí en adelante se hicieron constantes sus malestares.

Empecé con mis dolores de cabeza, de hueso. Ya no podía comer normal. Me encantaba comer unos churros, tomarme un atole, empecé con mis dietas, es que me apegué mucho a mis dietas cuando recién me dijeron. Cuando me lo comunicaron lloré.

Actualmente además de sus dolores en el cuerpo, siente una constante disminución de su vista y la pérdida de audición de su oído izquierdo.

Cuando me peino, cuando me maquillo ya no alcanzo a ver bien, mi marido me puso un foco ahí pero ni así. Yo sé, [que] Dios [sabe] porqué hace las cosas. Que si me sucede en la calle sé que sí voy a regresar porque mucha gente me conoce. La gente como me ve joven no me creen que no pueda ver. Además camino como borracha porque tengo más corto el pie izquierdo, además el ojo izquierdo al fallarme totalmente también me falla el oído y choco mucho con la gente. Y aunque trato de caminar normal en la calle ya doy mis pasos torpes. En los lugares donde conozco el camino muy bien, el camino a la casa de mi mamá llego muy bien, aunque a ella le da mucho miedo. El problema es en los lugares que no conozco me tienen que decir que hay una escalera, hay una banqueta, hay un tope. Me da miedo cuando cocino, también, y aunque me tardo y me tomo mi tiempo, pero ya hay muchas cosas que se me dificultan.

El relato parece un reflejo fiel de la descripción de Mercado sobre el curso de la vida de las personas con trayectoria deteriorante:

Aparece un daño o complicación en cierta parte del organismo que imposibilita al individuo llevar a cabo su vida tal como solía hacerlo... Empiezan a depender parcial o totalmente de otros integrantes de la familia-grupo doméstico, lo cual genera sentimientos de tristeza, impotencia, frustración e incertidumbre, y poco a poco se va incrementando el aislamiento social" (Mercado, 1998: 238).

La señora Flores parece estar consciente de esta situación, aunque no se deja vencer aferrándose y tratando de conservar sus amistades.

Vínculos

El desentendimiento de parte del esposo, para asumir sus responsabilidades parecen ser tolerados y hasta fomentados por parte de la esposa cuando ella ha buscado suplir el rol de proveedor en el hogar o ha proporcionado sus ahorros

para apoyar los intentos fallidos de su esposo para emprender sus negocios. Aún más, en cierto momento expresó preocupación por el futuro de su esposo en el momento de su pérdida total de la vista: “es tan dependiente porque fue hijo único, no le enseñaron a ser autosuficiente, ¿Qué va a ser de él?” Ella parece asumir con entereza su infortunio y justifica a su esposo, “no sabe expresar sus sentimientos”. El esposo, por su parte, asume con cierta comodidad a esta situación, no le preocupa el estado de salud de su esposa, sabe que ella es autosuficiente, sabe que ella es capaz de salir adelante ante cualquier adversidad. Al cuestionársele la situación, ella responde que permanece al lado del esposo porque cree quererlo, “creo que lo sigo queriendo, por eso sigo aquí”.

¿Volvería a casarse con su esposo si tuviera 20 años?

Cuando me enojo digo que no, pero yo creo que sí. No es mala elección, lo que pasa es que genéticamente traemos muchas ideas y mucha educación que ya es difícil de cambiar. Cuando está uno de novio trata uno de cambiar ciertas cosas y adaptarse a la persona, pero como que ya es difícil de cambiar.

Transiciones

En el segundo bloque de entrevistas con el matrimonio Guzmán-Flores, el desentendimiento del esposo se percibe aún mayor a partir de su relato. Sin depender de su voluntad, porque, además, él mismo muestra ya cierta preocupación y desesperación, pero había contabilizado más de 2 meses en el desempleo y desde entonces buscaba trabajo sin éxito. La señora Flores, reporta deudas con todos sus proveedores: con la compañía telefónica, con el tendero, el carnicero, etc. y lo más preocupante aún, sin seguridad social, ni dinero no tiene ya perspectivas de conseguir los medicamentos indispensables para controlar su

enfermedad, su única esperanza es que su hermana, con el mismo padecimiento, le proporcione algunos medicamentos excedentes que le suministran a ésta en su institución médica.

En el momento de una de las entrevistas ella llevaba casi 8 días sin tener noticias de su esposo, ella intuía que él habría sido contratado temporalmente en alguna tarea que lo habría llevado a salir de la ciudad. Lo grave de este asunto es que, además de mostrar una total despreocupación hacia la persona de su esposa, al no avisarle de su paradero, le genera mayores preocupaciones todo lo que implica esto para el agravamiento de su enfermedad.

En este momento ya mostraba cierto disgusto hacia las actitudes de su esposo, incluso ya hablaba de la posibilidad de una separación, pero ello le implica la necesidad de salir del hogar habitado, lo cual en lo absoluto le favorece en estos momentos por su situación de minusvalía. Cuenta que su único recurso es la casa de su madre, sin embargo, demasiado incómoda por no hallarse habituada a convivir con mucha gente y sobre todo con niños, como es el caso de sobrinos que habitan en ese lugar. Implica además, refugiarse en un lugar cuyos espacios y rincones desconocía, dificultándole, aún más, su movilización por su avanzada ceguera. Por lo mismo no le queda otra alternativa que permanecer en su actual vivienda. En esta, ella se mueve a sus anchas porque no hay otros moradores, además de su suegra postrada en una cama, su familia compuesta de 3 elementos⁶¹ ocupa toda la casa. Ella conoce cada rincón de la casa, dice palpar la distancia de las escaleras, la ubicación de sus utensilios, etc.

⁶¹ Para este momento su hijo varón se marchó a hacer su vida con su pareja, quedándose con ellos únicamente su hija.

En los lugares donde conozco camino muy bien,..., el problema es en los lugares que no conozco me tienen que decir que hay una escalera, hay una banqueteta, hay un tope....

Por otro lado, la decisión de salirse de esa casa es riesgosa, sobre todo porque, según ella relata, unos primos de su esposo pretenden apropiarse de la casa con el consentimiento tácito de la dueña⁶² (su suegra). La señora Flores ve en las visitas frecuentes de estos parientes tales pretensiones a partir de sus comentarios, por ejemplo, que la casa está subocupada y sus intenciones de ocupar el primer piso.

En una de las entrevistas se le insistió en asumir su derecho para ocupar la casa tratándose de ser la familia del único hijo (heredero natural) de la señora; por dedicar esfuerzos al cuidado de su suegra (nadie más, ni el propio señor Guzmán asume la responsabilidad del cuidado de su madre) y; por ocupar la casa desde hace más de 20 años. En este momento la casa es el hábitat de la señora Guzmán en compañía de su hija quien parece estar cerca de ella, aunque no le brinde todo el apoyo requerido.

Mi hija tiene el mismo carácter de mi esposo y me dice “si tienes ganas de llorar mamá, llora”, y de repente me dice, “es que no tienes de qué preocuparte porque aquí estamos nosotros”, y ya me regaña. Mi hijo, no. Últimamente me ha dicho es que no tienes que estar triste, aquí estamos, Siempre haz tenido problemas pero siempre haz podido. Siento que él no me reprime. Siento más sincero a mi hijo. Mi esposo y mi hija son besucones, pero no los siento sinceros.

⁶² Esto es posible porque, según la señora Flores, ella nunca fue aceptada por su suegra, siempre le expresó antipatía, aún en estos momentos cuando ella la atiende en su lecho, la suegra trata de minimizar esas acciones de apoyo.

Sin embargo su hijo ya se marchó a hacer su vida con su pareja, según refiere la señora Flores, la visita con poca frecuencia. Su hija será su única compañía, y no aunque no le garantice apoyo en el momento en que ella lo apremia. Su pareja desde el inicio de su matrimonio empezó el camino del desentendimiento hacia su persona, empezó a tomar distancia de tal manera que en los momentos cruciales como el embarazo, el nacimiento de sus hijos, la muerte de su padre, su esposo le brindó cada vez menos apoyo y comprensión. La diabetes, como se aprecia, se presentó poco tiempo después de que iniciaron su vida matrimonial, pero las molestias no impidieron a la señora Flores seguir realizando con normalidad sus actividades, ello dio lugar a que el señor Guzmán se desentendiera, aún más, de las necesidades de su esposa. Actualmente la actitud del señor Flores se desarrolla en forma paralela (en el sentido de ir al lado sin tocarse) a la vida de la señora Flores como si nada pasara, no se observan, a estas alturas de la relación y de la evolución de la enfermedad de la señora Flores, algunos puntos de inflexión en la actitud del señor Flores. Se observó en el momento del matrimonio, punto donde el señor Guzmán inicia la bifurcación y una actitud de abandono hacia su esposa hasta llegar al momento actual, en el cual, por un lado, el esposo se enfrenta a una imposibilidad real de apoyarla por la dificultad de conseguir trabajo debido a su edad y, por otro, al desinterés que en sí mismo muestra.

Calidad de vida.

Muy temprano su matrimonio, a 2 años de haberse casado le fue diagnosticada la diabetes. “Cuando me embaracé de mi hijo no sentía yo nada, ya el siguiente año

me empecé a sentir mal y fue que me llevaron a hacer mis estudios, en mi segundo embarazo fue diabetes gestacional por el embarazo de alto riesgo”. Así, empezaron los sufrimientos físicos y emocionales, reporta que casi inmediatamente del diagnóstico empezaron sus dolores de cabeza y de huesos, por esta razón ella piensa que su enfermedad antecede al momento del diagnóstico. La noticia fue un golpe moral fuerte, “...de un momento a otro. Como que yo era feliz y me vino de sopetón la preocupación. Fue muy drástico el cambio porque ya tuve dos casos de muerte”. Es decir, fue mayor el impacto en su estado emocional dado que ya había visto las implicaciones del padecimiento en dos familiares que terminaron falleciendo por las complicaciones de la enfermedad. Dice ella, “lloré y lloré al saber las limitaciones que me imponía”. Desde entonces la enfermedad se estacionó en la vida de la señora Flores, las complicaciones se hicieron evidentes a partir de los 10 años del diagnóstico, primero le hallaron hipertensión arterial y enseguida los problemas oculares. Desde entonces la pérdida de la vista ha sido paulatina pero inexorable, primero el deterioro y la pérdida total de la vista del ojo izquierdo y enseguida el paulatino deterioro del ojo derecho. Dice la señora: “Aunque siempre he sido muy fregona, ahora que me doy cuenta que cada vez puedo hacer menos cosas y me muevo muy torpemente, el otro día voltéé con la mano una olla con agua hirviendo que estaba en la estufa y me alcanzó a derramar en el brazo”. Actualmente ya camina con mucha dificultad en la calle

...aunque trato de caminar normal en la calle ya doy mis pasos torpes. En los lugares donde conozco camino muy bien, el camino a la casa de mi mamá llego muy bien aunque a ella le da mucho miedo. El problema es en

los lugares que no conozco me tiene que decir que hay una escalera, hay una banqueta, hay un tope.

Refiere que con la inminente ceguera ella siente que ya no tiene futuro, ahora ya no puede pensar ni a mediano, ni largo plazo. “Si alguien me dice nos vemos el jueves yo le digo dudando que sí, yo nada más vivo el presente. Casi no hago tratos a futuro. Antes no era así, siempre predisponía yo ‘para diciembre, ahora para la navidad”. Dice que su mayor temor es perder totalmente la vista transitando por la calle.

El único temor es quedarme, que se me apague la última lucecita cuando voy en la calle, que de pronto todo se me oscurezca, y le digo a Diosito aquí no, aquí no, aquí no. Los doctores me han dicho que puede ser repentino y es que cada día veo menos.

Los problemas de la señora Flores se agravan ante la falta de apoyo de parte de su esposo.

No me entiende, él dice que sí le interesa entenderme. El siempre me dice es que tú no estás enferma, pero yo me pregunto porqué me dice que no estoy enferma, ¿para no apoyarme psicológicamente? O le interesa que no me siente enferma. Yo quiero que me diga sí estás enferma pero échale ganas, no quiero que me diga, no estás enferme y haz esto y lo otro. Yo sé que puedo, pero siempre necesita uno que le den su apoyo, a lo mejor será la edad. Si lo pudiera hacer le diría yo necesito apoyo pero no me importa. Siento que ahora que pasa el tiempo como que lo necesito más.

Y es que la enfermedad de la señora Flores no obsta para atender a su esposo y hacer sus actividades domésticas. Por lo visto su problema es doble, la carga y angustia que provoca la enfermedad y la falta de apoyo de parte de su esposo. Situación que enfrenta en soledad ya que, tampoco cuenta con el apoyo de sus hijos. Su hija, según dice, tiene el mismo carácter que el papá y su hijo aunque más atento, en la última visita platicó que él se marchó de su casa para hacer su propia vida con una mujer. Así que la señora Flores se encuentra totalmente sola.

A partir de estos puntos es posible analizar a distancia la trayectoria de la relación de pareja y de sus implicaciones para el padecimiento de la señora Flores.

- a) Con excepción de los momentos de noviazgo, la actitud del señor Guzmán ha sido de constante apatía, desentendimiento de las necesidades materiales, emocionales y afectivas de su esposo. Se puede decir que el momento de inflexión fue el momento del matrimonio, cuando inició el camino de distanciamiento hacia su esposa. Por la descripción de la señora Flores la actitud del esposo no parece una acción premeditada, sino consecuencia de sus desaciertos y de cierta ignorancia cómplice, es decir, evitar la información para no asumir compromisos. De esta manera no asumió compromisos en los embarazos de su esposo, no acompañó a su esposa en sus desgracias familiares, no acompaña a su esposa en los momentos de complicación, reducción de sus capacidades y sus derivaciones emocionales. Frecuentemente ha sido ella quien ha estado al frente del hogar mientras él ha sido desempleado. En la mayor parte de su

vida matrimonial él ha sido más una carga que una ayuda. A la edad de 50 años el señor no ha logrado un trabajo estable que le proporcione prestaciones y seguridad social, un recurso apremiante para su esposa teniendo una enfermedad crónica degenerativa y con deterioros graves en la vista, muy cercanas a la ceguera.

- b) La perspectiva del señor Guzmán sobre el matrimonio, por las descripciones parece no tener cabida en ninguna de las descripciones indicadas en el punto 4.2. Al inicio parecía enmarcarse en el amor maduro, sin embargo pronto se desdibujó ya no se apreciaron aspiraciones, mucho menos realizaciones. Por el lado de la señora Flores su matrimonio tiene más acercamiento hacia el amor maduro una combinación de sentimientos afectivos con decisiones racionales, a los cuales les subyacen acciones de apoyo y solidaridad.
- c) La presencia del género no aparece nítido debido a la inversión de los roles, aquí la esposa asume, además de sus propios roles, los correspondientes a su esposo.
- d) Pero los problemas de género parecen colarse por otras rendijas, marcan la calidad de la relación de pareja a través de la ausencia de los indicadores como la demostración de cariño, comprensión y apoyo, comunicación por parte del esposo, que se patentiza en los momentos de la enfermedad de la esposa generando un clima de mayor adversidad para ella.
- e) No obstante se aprecia que estas actitudes del esposo en mucho se ven fomentadas por la esposa, porque desde el inicio del matrimonio ella solapó las irresponsabilidades del esposo, asumió el papel de segunda madre. En

algún momento ella expresaba preocupación por el destino de su esposo una vez quedando ciega ella, “pobrecito, qué va a hacer de él cuando ya no lo apoye, es tan dependiente”. ¿Hasta qué punto esto ha propiciado la irresponsabilidad del esposo?

- f) Por lo visto la falta de apoyo y la apatía del esposo frente a la enfermedad de la señora Flores no nace en el momento del diagnóstico, ni de las complicaciones, tienen sus antecedentes desde que arranca el matrimonio.

6.3 Matrimonio Valdez-Guadarrama

Inicio de la trayectoria

Se trata de una pareja que exhibe una relación armoniosa, de mutuo apoyo y comprensión, la señora manifiesta el carácter comprensivo y de apoyo permanente por parte de su esposo; sin embargo sobre el relato relucen algunos desacuerdos sobre las actitudes del señor Valdez con respecto a la persona de la señora Guadarrama y de su familia que a continuación se describirán.

Los esposos Valdez-Guadarrama se conocieron en su trabajo. El y ella estuvieron al servicio de una familia acaudalada, fueron contratados para cuidar a una pareja de ancianos entre cuyos cuidados incluía sacarlos a pasear con frecuencia. Durante el trayecto de los paseos y en los momentos en que descansaban los ancianos, ellos aprovechaban para platicar, por lo cual tuvieron tiempo de conocerse. Durante dos años salieron juntos, paseaban e iban a fiestas y hasta el tercer año fueron novios, durando 11 años en esta calidad. Con tanto tiempo de novios su mamá temía que él no formalizara su relación, “a lo mejor tiene otra familia” le decía a su hija. Pero él ahora señala que solamente aspiraba

garantizarle un lugar digno dónde vivir, “yo no quería que nos casáramos hasta que no tuviera un terreno y, llegar y decirle aquí está”. Así que sólo se casaron hasta no tener el terreno y una casita en obra negra. “Un sábado nos casamos y el domingo nos venimos, a una casa sin ventanas, ni aplanado, ni nada, pura obra negra. Pero le fuimos metiendo poco a poco hasta tener lo que tenemos ahorita”.

Lo que a la señora Guadarrama le gustó de su ahora esposo era su seriedad, su carácter responsable. En su trato hacia ella, “él no era empalagoso como los de ahora, en las fiestas él bailaba con quien quisiera, yo bailaba con quien quisiera”. Aunque en el fondo, ella sí deseaba ciertas demostraciones de cariño, como se apreciará enseguida.

Lo que al señor Valdez le gustó de la señora Guadarrama fue que, “era mujer, porque sabía lavar, planchar, cocinar, hincarse y lavar los pisos. Por ese lado yo dije, es una mujer que sabe trabajar, y por eso dije aquí me quedo”.

¿Se enamoraron? Él: “yo creo que sí porque mírenos hasta ahorita”. Ella no responde, sólo se limita a responder que le gustaba de él que fuese alegre, por eso iba con él a todas las fiestas que asistía.

¿Que les disgustaba uno del otro? A ella le disgustaba que no fuera cariñoso, que en las fiestas se reuniera con todos menos con ella. El no responde a esta pregunta.

Comunicación

Cuando se le pregunta por la comunicación, la señora Guadarrama describe cómo fue su ahora esposo en la etapa de novios, dice ella que se trataba de una

persona muy alegre y por esta razón ella lo acompañaba y no “faltaban a ninguna fiesta”, medio por el cual hicieron muchos amigos,

ahora tenemos muchos compadres, porque fuimos padrinos de bautizo, quince años, y de todo. Lo hicieron padrino porque no era una persona que se cayera de borracho, sino todo era reírse, todo era bailar, ayudaba a recoger, ayudaba a todo.

Por los relatos, iniciado el matrimonio la asistencia a las fiestas se fueron espaciando cada vez más, sobre todo porque el esposo trabajaba en la ciudad de Cuernavaca, radicando en ese lugar durante toda la semana laboral y regresando solo los domingos, pero fueron frecuentes las ocasiones en que su ausencia fue hasta por dos o tres semanas. Aunque, según la señora Guadarrama, cuando regresaba platicaban mucho. ¿De qué platicaban? “Como vivía toda la semana en Cuernavaca, me decía fijate que la señora esto, nos dio de comer tal cosa, etc. Yo también le platicaba lo que pasaba en la casa y con mi familia, que mi hermano esto, que mi hermano lo otro”.

Donde la señora detecta un problema de comunicación es en la relación con sus hijas, según esto, a pesar de las largas ausencias a él no le alegraban el recibimiento de sus pequeñas hijas, por el contrario, por toda respuesta a la efusividad de sus hijas, él expresaba molestia, mostraba rechazo o indiferencia a los detalles que sus hijas le mostraban

Yo recuerdo que cuando llegaba, las niñas salían a recibirlo y yo veía que ponía sus gestos,...y ya cuando dormían le decía yo “oye porqué eres así con las niñas. No se trata de que les digas mi amor o algo así. (Porque de por sí nunca ha sido cariñoso) pero sí de que observes lo que te enseñan, y les digas qué bonito, qué

bien lo hiciste, que sienta ella que te gusta lo que hizo, viene de la escuela y ni siquiera le pones atención.

En algún momento de su etapa de estudios de secundaria, una de sus hijas presentó problemas de conducta en su escuela, la señora Guadarrama intentó manejar por sí sola la situación, pero al final tuvo que comunicarlo a su esposo y, el señor por toda respuesta, “fue a cortar una rama de higo que tenemos en el patio, le dijo a mi hija que se hincara, ¡”y le puso una”!... Nosotras (ella y su otra hija) mejor nos fuimos para la azotea” (solloza).

Dice la señora Guadarrama que el crecimiento de sus hijas no cambió la actitud del señor Valdez, cuando ellas tuvieron novio él los corría de su casa o simplemente les contestaba de manera cortante.

Cuando crecieron y empezaron a tener novio fui yo la que cargué con todo, porque él los veía y decía “¡quien es ese jijo de quien sabe qué! horita salgo a echarle una cubetada de agua”. Yo le fui metiendo ideas poco a poco, porque, “cómo es posible que no quieras a tus hijas, debes quererlas, ayudarlas, apoyarlas”.

Dice que actualmente la comunicación sigue interrumpida con sus hijas mayores, actualmente el contacto con las hijas no es de diálogo sino de discusión y de recriminaciones. “Ahora de viejo todo me disgusta –dice el esposo-, ahora me choca el ruido. Cuando algún niño hace ruido, yo quisiera agarrar un palo y decirle que se salga”.

¿Qué hace el señor en su tiempo libre? (actualmente gran parte del tiempo por su calidad de pensionado): “veo la televisión, me encantan las telenovelas. Mi patrón en las noches me pedía que viera con él las telenovelas, ahí me empezaron a gustar”. ¿Qué platica con su esposa?, “de nada, ahora. Es la vejez y las

enfermedades que todo le duele a uno. Cuando éramos jóvenes todo nos platicábamos. Sí teníamos una relación muy bonita, pero ahora ya todo me cansa” Cuando se le pregunta a la esposa si se han comunicado sus necesidades personales durante el matrimonio los relatos de la señora indican que no ha sido así, aunque esto ha sido más acentuado por parte del esposo, ya que ella sí le ha recriminado en alguna ocasión a su esposo el no tomar en cuenta sus sentimientos y necesidades personales. Sí le ha comunicado lo que le disgusta de él. “Es así como ha cambiado un poco”.

Actualmente, luego hablamos de las hijas. Luego él me ve que me preocupo, que estoy llorando y me dice que no me preocupe, que ellas ya tienen que hacer su vida allá y ya digo sí es cierto ¿no? En eso nos comunicamos, ya hablamos de lo que pasa en el día. No mucho ¿eh? Porque él siempre ha sido muy reservado. Ya últimamente le digo: no, tú tienes que platicar. En la mesa de algo tenemos qué platicar, porque frente a la televisión solito ya se queda dormido. Ahora ya más o menos platica

Sobre su enfermedad dice no platicarle mucho por varias razones,

- a) por el poco tiempo que han convivido juntos durante su vida matrimonial y cuando se veían apenas tenían tiempo de hablar de otras cosas;
- b) porque él no la comprendería por no saber lo que implica y,
- c) sobre todo porque la enfermedad no le ha implicado ningún tipo de molestias a ella.

Comprensión y apoyo

Por lo que se observa, durante toda su vida laboral, gran parte de su vida matrimonial y del crecimiento de sus hijas el señor Valdez ha estado lejos de su familia, quedando la señora Guadarrama a cargo de su hogar con todo lo que

implica en las responsabilidades. Lo cual se debe a la dedicación total del señor Valdez a su trabajo. Como un dato sintomático, el señor Valdez refiere haber faltado una sola vez a su trabajo en toda su vida laboral por verse verdaderamente incapacitado debido a una enfermedad, “llueva o truene yo iba a trabajar, yo llegaba y si en la casa de mi patrón estaba sucio me ponía a barrer, si había trastes sucios lavaba trastes...”. Aunque esto parece un escape a sus deberes familiares. Pero él ve en esta dedicación el cumplimiento de sus obligaciones implícitas de proveer al hogar de los satisfactores materiales, “por que no faltaran los centavos en la casa”. En eso consistía, de acuerdo a ellos, el apoyo brindado. Según la señora Guadarrama, “él era muy responsable”. Aunque, por otro lado se le oye a ella quejarse por no haber sido apoyado en la educación de sus hijas, “yo hubiera querido que algún día cuando yo no pude fuera él a la junta de mis hijas”. En otro sentido se reporta que el señor Valdez siempre ha compartido con su esposa la toma de decisiones en su hogar desde el inicio de su vida matrimonial, así, por ejemplo, fue con el consentimiento y aprobación de ella el lugar y tipo de terreno comprado para construir su casa, siempre estuvo al tanto de las necesidades del hogar, esto sucedió hasta en los menores detalles. “Cuando veía un cuadro, me decía: ‘mira este cuadro bonito ¿lo compro?’, ‘pues cómpralo’, y ya venía con su cuadro y lo colgamos aquí, allá (se corrobora que las paredes de la sala y el comedor están profusamente decoradas con cuadros de paisajes al óleo). En el momento actual que el señor ya se encuentra en casa ella dice sentir el apoyo constante.

Para todo me ayuda, que vete por esto, que vete por lo otro, vete por el mandado, yo ya no salgo. Y, eso sí siento que es un apoyo. Antes no porque trabajaba y nunca estaba aquí, y todo yo, todo

yo. Y ahora no. Ahora compartimos los dos, por ejemplo la niña, si yo no puedo pues vete a dejarla que yo voy por ella

En el trabajo que actualmente tienen (para el ingreso complementario de su pensión) asisten los dos juntos diariamente, un tanto porque ella verdaderamente necesita el apoyo, otro tanto por ofrecerle una alternativa de entretenimiento a su esposo en el proceso de su jubilación.

El apoyo en el diagnóstico y control de los niveles de glucosa. Ella cree que su esposo no la comprende por no experimentar los malestares “Yo lo digo así, él sabrá lo que yo estoy sintiendo. Pues no, porque que no siente lo que yo estoy sintiendo,...yo pienso que no le toma mucha importancia”. Sin embargo la señora Guadarrama habla desde su propia experiencia ya que ella misma señala no afectarse con la enfermedad “Yo no le tomo mucha importancia o que porque él no me dice porqué. Siento que no me afecta en nada”.

Las respuestas del esposo al respecto se pueden dividir en dos partes, durante su vida laboral y en los momentos actuales. En la primera etapa no dejó de preocuparle, sin embargo su ausencia lo obligó a desentenderse un poco del problema. Cuando se le pregunta si le preocupó la noticia del padecimiento de su esposa estando lejos de ella, refiere. “Sí, pero me aguantaba, no quedaba otra, pues si vamos a llorar y a “jimiriquiar”, pues como que no, para mi no”. Ninguno de los dos reportó, durante su vida laboral, alguna acción de él procurándola en su enfermedad.

Se le pregunta al señor Valdez si cree que su esposa necesita apoyo en su padecimiento. “Claro que necesita el apoyo de la familia. ¿Y la familia quien es?, pues yo el principal y luego las hijas”

Esto es congruente con las referencias de la señora Guadarrama, quien da cuenta de los tipos de apoyo recibidos actualmente. El abandono de la dieta requerida, la señora los atribuye más a los problemas económicos “A veces no me alcanza el dinero para preparar la dieta para los cuatro”, ya que según ella, el señor está dispuesto a solidarizarse con su esposa en sus necesidades, “...yo como lo que me dé, nomás que no sea veneno”. Los obstáculos, más bien, son interpuestos por parte de su hija mayor a quien no le gustan las verduras, siempre quiere su carne. “Por eso a veces tengo que hacer dos cosas (guisados)”. El señor Valdez, por su lado, se queja de su baja pensión que le impide brindarle a su esposa la dieta adecuada,”... decir que vamos a comer fruta, ni dónde. La fruta está muy cara. Uno de ´pelado´ no puede aspirar a comer fruta. El que tiene dinero sí lo puede hacer y uno de ´pelado´ a veces no come”. Por las referencias, el señor Valdez también le procura sus complementos alimenticios a su esposa. “Yo veo que se preocupa, que ya tomate la vitamina, ya va por la vitamina y en el almuerzo ya lleva la vitamina, ya tómatela. A mí se me olvidan y entonces él me dice, la vitamina no te la tomaste”. Él también está pendiente de las actividades físicas de su esposa procurando que ella realice ejercicios físicos, “Pues yo procuro que camine, pero como aquí no hay parques...”, aunque la señora Guadarrama es renuente al ejercicio. “Pero yo sí camino, llevando a la niña, [y para ir] al trabajo. El señor insiste, “Sólo caminamos tres, cuatro cuadras”.

En lo que definitivamente no se cuenta con el señor Valdez es en una atención personalizada a su esposa, es decir, existe una incapacidad de preparar y llevarle la comida a su esposa en su cama en un caso requerido.

Él no está acostumbrado a eso, ya que ahora a los niños todo les enseñan, él no creció así. Tengo un hermano igual, nunca le pedían nada porque él no podía agarrar nada de la cocina. Pero yo sí, ya le doy lo que necesita, porque me dice así: me duele esto o lo otro y le digo tomate esto y él ya se levanta y lo toma. Le preparo la comida, así él come bien, almuerza bien y soy la está al tanto de todo esto.

Ella no ha tenido problemas que le requieran apoyos, pero cree que si cae en cama su esposo no sabría atenderla, “porque no sabe de eso”. “Ahorita no siento necesidad de apoyo, porque yo digo, yo hago. Creo que no necesito ningún apoyo”.

Cuando se le requiere al señor indicar los apoyos recibidos por parte de su esposa, señala que siente su apoyo porque “la casa está arreglada, la ropa está limpia y en su lugar”. Reporta que hasta el momento no ha enfermado al grado de requerir atenciones en su cama. “El día que me enferme así, es para que me lleve la tía de las muchachas”.

Se le pregunta si repetiría lo hecho en su vida de tener 20 años actualmente. “Si volviera a ser joven volvería a buscar a mis patronos y aunque fuera solo para barrer yo regresaba”. Aunque según él equilibraría los deberes del trabajo con los del hogar, “ni tan, tan, ni un muy, muy”.

Demostración de cariño

Por las descripciones ya hechas las expresiones de cariño no eran precisamente el fuerte del señor Valdez. Aún cuando la señora Guadarrama señala que su noviazgo “fue muy bonito” y hacer gala del ambiente de libertad en el cual se desarrollaron, en su relato alcanza a relucir su queja sobre la frialdad del señor

Valdez en sus relaciones, “llegábamos a las fiestas y andaba con todos, menos conmigo. Yo veía [cómo eran los novios de] mis amigas y él no era así”. Describe su relación de noviazgo. “El venía saludarme y en la puerta nos parábamos y desde lejos ‘y que ya me voy’ y me daba un beso acá, (señalando la mejilla) yo hubiera querido que fuera más cariñoso. Pero luego me fui acostumbrando”. El señor Valdez complementa.” No soy de las personas muy empalagosas y luego ‘ ¡hija de quien sabe qué! ’. Se refiere en el sentido de ser muy efusivo y enseguida agredir a su pareja.

Ya en su vida matrimonial, el señor Valdez parece seguir en la misma línea, poniendo en segundo término la demostración de cariño, o dejándolo implícito en la provisión de los satisfactores materiales, algo así como, mi demostración de cariño es proveerte los satisfactores materiales “Para mí lo más importante son los centavos, pero si está uno de empalagoso “cómo te quiero, pero sin los centavos. Yo digo que no falle el chivo”⁶³.

Se le pregunta a la señora sobre las formas actuales de demostración de cariño, ella responde: “Uy somos tan “desamorados” (sic), él no. No le agarra uno la mano. No. Si cuando fuimos jóvenes no me agarraba la mano, menos ahora. No, no, no, eso no”.

Provisión de los satisfactores materiales

En los párrafos anteriores sale a relucir la importancia que el señor Valdez le concede a la provisión de los satisfactores materiales, se puede observar déficit en otros rubros como el afecto y la demostración de cariño, sin embargo el señor

⁶³ Es decir que lo principal es llevar el gasto en la casa.

Valdez considera importante suplirlo o piensa que es importante proporcionarlo a través de los satisfactores materiales. Para él antes que otras expresiones lo importante fue su trabajo y de ahí garantizar la satisfacción de las necesidades de su familia. “lo principal era el chivo”. Según su esposa, “Por eso la gente que lo conoce se admira de su responsabilidad. Llegaba cada 8 días con las latotas de leche Nido para las dos niñas”. El señor Valdez responde, “que no me dijeran que no hay leche, aunque yo no me la tomara en mi casa. Donde yo trabajaba ahí había mucha”. Actualmente no ha abandonado esa responsabilidad. Ciertamente que no se le observa muy satisfecho, sin embargo, acompaña a su esposa a la escuela de su hija para hacer su faena y de esta forma incrementar sus ingresos, pues según sus propias palabras, “lo que cada mes me dan, es una miseria, tres mil y fracción y según me iban a dar el 100%...Con lo que me dan no nos alcanza, por eso ayudo”

Trayectoria de la enfermedad

La enfermedad de la señora Guadarrama ha tenido una trayectoria estable aún cuando no ha observado las medidas indicadas. Al quedar al frente de su hogar, su atención se centró fundamentalmente en el cuidado de sus hijas, pasando a segundo término su enfermedad. Por ejemplo, su dieta se ha supeditado, por un lado, a los requerimientos de sus hijas y por otro a la disposición de recursos (falta de dinero). No ha dispuesto espacio para realizar los ejercicios físicos, sin embargo después de 5 años de haberle sido diagnosticada la enfermedad, más allá de un pequeño problema de la visión padecida hace varios años, ella no muestra otros signos de la enfermedad.

La dieta. A veces hacemos la dieta. A veces no me alcanza el dinero para preparar la dieta para los cuatro. Pero a la [hija] grande no le gusta la verdura, a la chiquita no le gusta la carne. Él si come lo que sea... Por eso es que la dieta no la llevamos como tal.

De complexión gruesa tendiendo a la obesidad, la señora Guadarrama tiene buen color. No se aprecian los efectos de la diabetes en su semblante. Actualmente, ella parece haber asimilado su problema y vive cotidianamente con niveles controlados, sólo los sobresaltos y las preocupaciones propician desequilibrios en sus niveles de glucosa. La enfermedad no la hacía sufrir porque no le dolía nada. “Nada más decían que me tenía que cuidar, que la dieta y la dieta”.

Con estos datos podríamos decir que la enfermedad de la señora Guadarrama no ha causado mayores estragos en su vida, ha sobrellevado la enfermedad. Según refiere, ella sufrió en el momento del diagnóstico por desconocer totalmente los mecanismos de acción de la enfermedad.

Antes sí, porque me dijeron que era lo peor, y antes no sabía que esa enfermedad, si se quitaba o no. Como tenía a mis hijas chiquitas, yo decía qué voy a hacer, y es que pensé que era una enfermedad de las que uno se muere rápido. Me puse a llorar y a llorar y la trabajadora social me dijo no. ‘Qué le pasa’, me pasó a su oficina y me dijo, ‘se me está aquí hasta que se le pasen los nervios’, me dio un vasito de agua. Y ya después me empezó a platicar y “no, dice, esto es para controlarlo, esto no mata rápido. Hay gente que lo tiene y ahí va, así que si usted se controla, va a durar muchos años.

Según ella su mayor problema fue la afectación de la vista. “Lo que sí me dio tristeza es lo de los ojos, me empezaron a fallar, ya no sabía quien llegaba, no

distinguía ya. Pero luego fui al oculista y me atendieron y se normalizó todo. Yo no usaba lentes”. El caso de la señora Guadarrama se puede enmarcar en la trayectoria estable, aún cuando no ha seguido las indicaciones.

Vínculos

El alejamiento del esposo de su hogar desde el inicio de su matrimonio fue tomado por ambos como una necesidad para la provisión de los recursos materiales. Ella consintió las prolongadas ausencias de su esposo y asumió las responsabilidades frente a su hogar. Sin embargo, por sus relatos, y aún cuando no fue suficiente, ella influyó en algunos cambios de actitudes de su esposo hacia sus hijas, permitió disminuir los conflictos que él tenía con sus hijas.

Actualmente, con todas sus reservas, él se encuentra a su lado y es dócil ante algunas demandas de su esposa quizás por no tener otras opciones de vida, quizás se trata de una alternativa para atenuar los efectos de la inactividad producto de la jubilación. Al mismo tiempo se encuentra junto a su esposa quien se siente apoyada y protegida.

Transiciones

El matrimonio al parecer implicó cambios en las actitudes del señor Valdez para abandonar esa personalidad alegre y amigüera adoptando paulatinamente una actitud taciturna, de refugio total en el trabajo y total dedicación hacia “sus patrones”, e iniciar un paulatino distanciamiento de las necesidades emocionales de su hogar al grado romper la comunicación con sus hijas. Actualmente ha regresado a su hogar de manera física, aunque continúa el distanciamiento emocional.

Con su esposa se observan cambios, se perciben las atenciones hacia ella. Aunque no existan los mimos porque está imposibilitado a proporcionarlos. No se percibe totalmente el apoyo hacia la señora porque esta no lo ha requerido.

Calidad de vida

Por los señalamientos de la señora Guadarrama el momento del diagnóstico fue el del mayor tragedia por desconocer ella las implicaciones de la enfermedad, señala que a la salida de la consulta médica lloró de manera desconsolada pensando en una pronta muerte, Una vez que le proporcionaron la información más precisa ella se tranquilizó, además como ya se señaló más arriba, su enfermedad ha tenido un comportamiento estable a pesar de no seguir las medidas recomendadas en cuanto a la dieta, y la realización del ejercicio físico, Señala que el momento de mayor sufrimiento fue el momento de la afectación de la vista, pero mediante la atención médica lo superó y actualmente su mayor secuela es el uso de los lentes. Por esta razón no resintió el apoyo ausente de su esposo, ella refiere haber estado más embebida por los asuntos del cuidado y la educación de sus hijas. Dice ella, “yo hacía todos mis quehaceres”.

En la actualidad, ya con la compañía de su esposo, refiere percatarse que sí es importante la presencia y el apoyo del mismo, ya que además de aminorar la carga del trabajo doméstico, porque ahora él va a algunos mandados, ella ya se siente más segura. “El que ahora ya se jubiló ya me siento acompañada, porque él ya anda allá afuera regando ya me siento segura. Antes de dejar a la niña yo me venía sola y cerraba con llave, ya ve con todo lo que se oye por allá”.

¿A él cómo le afectó el diagnóstico de diabetes de su esposa? Tal vez por no estar cerca de la señora Guadarrama y por desconocer los efectos de la enfermedad y según refiere, realmente no le afectó. Ante la pregunta de cómo le afectó la noticia del diagnóstico de diabetes de su esposa responde “No pues me aguantaba no quedaba otra, pues si vamos a llorar y a “jimiriquiar”, pues como que no...”. Su esposa dice que tal vez por no comprender de lo que se trataba, a él no le afectó.

Actualmente hace compañía a su esposa y comparten la vida de manera estrecha, sin embargo el señor manifiesta cierta melancolía y refiere que él volvería a trabajar aunque sea de barrendero, dice que una de las principales ventajas que añora es “...las pensiones son de hambre, llegaba el viernes y no había centavitos”. Aunque, por lo que se aprecia, añora sobre todo la vida dinámica que le brindaba su trabajo.

La información vertida permite apreciar lo siguiente:

- a) la trayectoria de la enfermedad de la señora Guadarrama ha sido estable, esto le permitió prescindir de los apoyos que no podía brindarle su esposo. Al mismo tiempo, la responsabilidad asumida de estar al frente de su hogar absorbió su atención y así, pasar a segundo término su enfermedad.
- b) Aunque esto último también fue un factor para no seguir las indicaciones médicas al concederle prioridad a las necesidades de sus hijas.
- c) Aún cuando inicialmente relata haber demandado algunas demostraciones de cariño, actualmente no son prioritarias para ella, parece haberle sido suficiente el tipo de apoyo brindado por su esposo.

- d) Actualmente ella se siente satisfecha y apoyada por parte de su esposo ahora que él permanece a su lado y realiza actividades que le aligeran sus tareas a ella. Se siente apoyada en su enfermedad cuando su esposo se encuentra pendiente para que tome algunos medicamentos, o la alienta para hacer ejercicio físico.
- e) Como se apreció en líneas arriba, el señor siempre ha estado al tanto de las necesidades de su hogar y, al parecer fue la forma de expresar afecto y preocupación por el bienestar de su familia.
- f) Por tanto el alejamiento emocional con sus hijas, incluso con su esposa, se deben más, como aprecia, a sus dificultades para la comunicación. No halló la forma de comunicarse con su familia. Quizás sea una de las razones por las cuales se inclinó más por su trabajo. Actualmente, aún permaneciendo en su casa no se comunica con ellas y se refugia más en la televisión, principalmente en las telenovelas.
- g) Actualmente se ha asumido con cierta docilidad a las necesidades y requerimientos expresados por su esposa, aunque parece estar añorando su trabajo.
- h) En ese camino él apoya a su esposa para controlar los niveles de glucosa aunque la enfermedad no represente, en este momento, problemas para su esposa y para ambos.

6.4 Matrimonio Beltrán-Cornejo

Inicio de la trayectoria

El matrimonio Beltrán-Cornejo actualmente muestra una relación de armonía y mutua comprensión. Según relatan tienen una muy larga trayectoria como pareja.

Crecieron en la extrema pobreza en un barrio popular, quizás uno de los más emblemáticos de la ciudad de México, la Colonia de los Doctores. Refieren los dos “venimos desde muy abajo”. Ambos trabajaron desde la infancia dedicándose a diferentes actividades, el señor Beltrán trabajó para mantener a sus hermanos menores en virtud de que sus padres se desentendieron de ellos, en un principio obtuvo recursos vendiendo lo que estuviera a su alcance. La señora Cornejo, por su parte tampoco la pasaba bien, su madre muy autoritaria y su padre, un hombre ya anciano terminó su vida en el alcoholismo, por lo cual ella para mantenerse y ayudar a su familia tuvo que trabajar como sirvienta, como mesera, como dependiente en un puesto del mercado cercano a su casa. Pero al interior de su familia había favoritismo hacia sus hermanos. Recuerda los malos tratos recibidos en su hogar, “... a mis hermanos siempre los trató bien, ‘que mijito siéntate a comer y ándale tú sírvele a tu hermano’, mientras a mí me levantaba en las mañanas a puro varazo, ‘y ándale hija de quien sabe qué, levántate’. Es decir, los recuerdos que tiene de su familia de origen son desagradables, contrastando con los recuerdos que tiene una vez que conoció al señor Beltrán, cuyas relaciones y convivencia fueron como una especie de refugio a aquella situación desagradable. Tuvieron los primeros contactos a la edad de 13 años, él vendiendo naranjas en la puerta de la escuela donde ella cursaba el 4º grado de nivel primaria, pero se conocieron en las peripecias de las actividades callejeras, la familia de ambos practicaba el futbol llanero (el señor Cornejo era muy diestro en el futbol al grado de, que posteriormente, recibió ofertas para jugar en la primera división de un equipo del norte del país). Su romance fue informal desde el momento que empezaron a frecuentarse, él con los ingresos que le proveía practicar de manera

cuasi profesional el futbol, la invitaba al cine, a comer, “yo era muy bueno para el futbol, me pagaban por jugar, Tenía dinero y la llevaba al cine, salíamos. Sí nos dábamos nuestros besos y todo pero nunca le dije que si quería ser mi novia”.

Debido al trato que le daba su familia su relación y su matrimonio, en su momento, fue sin el consentimiento de aquellos, sólo hasta el momento de su boda por la iglesia se lo comunicaron a los padres de ella. Realizaron primero su boda civil viviendo cada quien en sus respectivas casas. No fue hasta que cumplieron 18 años que se casaron por la iglesia y ya decidieron vivir juntos. Por lo referido hubo mutua comprensión y acompañamiento en la situación de ambos, hubo enamoramiento, él expresa que sentía atracción hacia ella, “porque tenía muy bonito cuerpo”. Ella manifiesta, por su lado que al principio, “me caía regordo”, pero fueron entendiéndose al grado que, en un momento, su único apoyo emocional, fue el señor Beltrán. “Yo esperaba con ansias que fuera por mí a mi trabajo”.

Actualmente ellos están muy orgullosos de sus logros, porque identifican que vienen desde muy abajo, crecieron sin la inculcación de valores por parte de sus familias de origen, pero el señor Beltrán, por ejemplo fue capaz de ayudar y formar a cada uno de sus hermanos, él estudió la carrera computación y alguno de sus hermanos actualmente es profesionista. Decidieron sin orientación formar un hogar, ella a cuidar a sus hijas y él a buscar un trabajo adecuado para responsabilizarse de su familia.

Comunicación

Podemos encontrar dos etapas de la comunicación en la trayectoria de la pareja Beltrán-Cornejo: la etapa del noviazgo, la etapa del matrimonio.

En la etapa del noviazgo, durante la adolescencia, en la medida del abandono en que vivieron de parte de su familia de origen, su encuentro fue un recurso para acompañarse, la incomunicación con sus padres la mitigaron con la compañía mutua. Ella refiere, “sólo nos teníamos uno al otro, mi mamá nunca me dirigía bien la palabra, siempre gritándome, siempre de hija de quien sabe qué...Mi papá estaba muy viejito cuando fue mi papá y se la pasaba tomando. Una vez tuvimos que recogerlo en un carrito porque ya estaba tieso”. Por ello mismo en sus encuentros con el señor Beltrán eran para contarle sus problemas del día, servían para contarle sus penas y alegrías, “le platicaba yo de todo lo que me pasaba en mi trabajo y en mi casa. Sólo no le platicaba mis cosas de mujer”. El señor Beltrán, por su lado, también encontraba en la señora Cornejo a la escucha de sus problemas del día, por esta razón ella estaba muy enterada de su situación, tanto en su casa como en sus actividades laborales.

La comunicación se empezó a interrumpir en los momentos de su primer embarazo, como se anotó más arriba se dio aún antes de que vivieran juntos. Relata ella que cuando le comunicó de su embarazo, él mostró cierto alejamiento, y un buen día él le avisó que había sido contratado por parte de un equipo de fútbol de primera división de la ciudad de Torreón Coahuila para jugar de manera profesional, lo cual lo alejaría de ella. Ella en ese momento se sintió abandonada y dejó de comunicarle sus problemas y sentimientos, “pensé que mi madre y mis hermanos me matarían o cuando menos me correrían de la casa, pero dije ´no me

importa', mi hija iba a ser mi fuerza". Pero él recapacitó, y decidió renunciar a la oferta, "no extrañé el futbol porque ella llenó el vacío y luego llegaron sus hijas".

Una vez viviendo juntos la comunicación parecía muy fluida, ya que según, ella conocía los pormenores de su trabajo a través de los relatos. En el momento del nacimiento de su primera hija, por relato de ambos, el señor Beltrán procuraba regresar pronto a su casa para convivir con su esposa e hijas.

Pero, conforme fue avanzando la relación, fue dándose un paulatino distanciamiento de la pareja, por un lado, debido a los constantes viajes del señor Beltrán al interior del país debido a las necesidades impuestas por su trabajo como supervisor de ventas de la compañía y, por otro lado, sus celos y reclamaciones hacia la persona de su esposa, "cuando íbamos a las fiestas si alguien me veía, él inmediatamente me decía 'qué te ve, seguro algo tienes que ver con él". El responde en descargo de lo sostenido por su esposa: "Lo que no le gustaba es que yo le reclamara "porqué te tienes que vestir así, parecen que te embarran los pantalones, los hombres te miraban y podían abusar de ti", y remata, "...ahora ya tiene 54 años, pero antes era muy guapa". Cuenta ella que un poco después descubrió que su esposo tenía una amante, "...yo dije, ¡ándale! Este que me anda celando y mira nada más. Lo descubrí que me engañaba vilmente, andaba de loco". El problema parece no haber afectado a la señora Cornejo, sin embargo poco después del descubrimiento ella cayó en el alcoholismo, según relata, se desentendió de sus obligaciones hogareñas para tomar a toda hora. Lo cual habla de un rompimiento de la comunicación entre ella y su familia.

La comunicación se reestableció cuando ella superó el alcoholismo y, según ella, revaloró su responsabilidad y la valía de su relación de pareja.

En este sentido el reestablecimiento de la concordia se debió a la contribución de la esposa. A la pregunta de cómo ha sido la comunicación de la pareja el esposo responde "...a veces nos enojamos, no crea que no, pero ya llevamos tantos años. Nos decimos no me agrada esto, o aquello. Además es la confianza que nos tenemos".

Por lo observado durante la entrevista la esposa es más comunicativa, al respecto ella dice, "yo soy muy platicadora, como trabajé en un mercado me acostumbré a atender a los clientes". El esposo sólo se dedicó a complementar los diálogos.

La comunicación tiene una inflexión con la enfermedad del señor Beltrán, pero la diabetes en sí misma no fue mayor problema, el señor Beltrán continuó con su vida normal, no fue sino un infarto al miocardio como una complicación derivada de la diabetes lo que lo incapacitó para trabajar. Actualmente ya no trabaja, por lo cual se haya refugiado en su hogar conviviendo muy estrechamente con su esposa, se acompañan todo el tiempo en las actividades del hogar. Por ello mismo se observa una estrecha comunicación entre ellos, él le comunica sus problemas a su esposa,..."el día que llegó muy mal, él no puede esconder nada y ahora menos que vivimos como chicles, pegados". El esposo, por su lado, está enterado de manera detallada de los padecimientos de su esposa porque, además de interesarse por su situación, ella se lo comunica. "Ahora estamos los dos solos, a quién se lo digo si no a él, ya mis hijas cada quien tiene su vida. Mi madre ya está muy viejita. Además si de joven no me escuchó... [Se refiere a su madre]". Esto significa que sólo se tienen el uno a la otra para apoyarse y comunicar sus problemas.

Comprensión y apoyo

La comprensión también tiene sus inflexiones. Se percibe más apoyo de parte del esposo durante el noviazgo, ya que el señor Beltrán se constituyó en el principal apoyo emocional para la señora Cornejo en una etapa difícil de su vida, durante la adolescencia. Sólo no lo pudo ser en algunas cuestiones íntimas, en la vida femenina de la señora Cornejo. Al inicio de su embarazo ese mutuo apoyo y comprensión parecieron desvanecerse cuando el señor Beltrán le comunicó su viaje, según por necesidades profesionales, sin embargo este rectificó para quedarse con ella, y en ese momento ya para compartir de manera definitiva sus vidas. La señora Cornejo lo refiere de esta manera. "Cuando me dijo que se iba no me importó yo decidí tener a mi hija, ya tenía algo mío. Mi hija nos unió más. Él nos sacaba cada ocho días, salíamos al cine y a comer". Es decir, el inicio de su vida matrimonial fue de mutua comprensión, por lo visto durante el proceso de nacimiento y los primeros años de su primera hija él estuvo muy cerca de su familia. El señor Beltrán complementa:

Para mí [mis hijas y mi esposa] fueron la fuerza para seguir porque de chico no lo tuve. Recibí con mucha ilusión a mi hija, ya de grandecita diario la llevaba al parque. Salía más temprano, como a las dos de la tarde. Los demás se iban con los amigos, yo no, yo siempre estaba con ella.

La señora Cornejo recuerda muy complacida aquellos momentos porque al parecer se sentía realmente apoyada, evoca por ejemplo, que muy frecuentemente convivían fuera de su casa, al salir de trabajar la llevaba a comer a una cantina cercana al lugar donde crecieron.

El mayor golpe para la esposa fue en el momento en que él tuvo sus amores fuera de su matrimonio, cuando, por el significado de su relato, sintió que no contaba con ningún apoyo, se sintió realmente desamparada, pues lo que realmente consideraba su apoyo, parecía no serlo, “¡ándale! dije yo,... un poco después todo lo mandé a la fregada y me puse a tomar”.

Aunque no faltaron las recriminaciones de parte del señor Beltrán al encontrar a su esposa en estado ebriedad, él soportó la situación y permitió a su esposa evolucionar, le ayudó a reflexionar su situación hasta superar el problema. Al final la esposa aceptó olvidar el problema.

Sí, se recuperó la confianza porque simplemente ya no hablamos de eso. Porque a lo mejor por todo lo que hemos pasado decimos que no vale pena, hemos pasado hambre, sufrimientos juntos. Hemos pasado muchas cosas para echarlas a la basura. Yo pienso que todos nos equivocamos en esta vida, todo mundo, todo mundo. Pues no íbamos a ser la excepción, ¿verdad?

Actualmente la esposa ha superado su alcoholismo y apoya a su esposo de manera incondicional, “veo como está y le digo que si quiere que no haga nada, que se siente ahí, yo le hago todo, no quiero que haga nada...y es que no fue cualquier cosa, [refiriéndose al infarto] me dice la doctora: ‘si no fue una gripe”.

Refiere la señora Cornejo que lo acompaña a caminar con cierta regularidad. “Luego nos vamos a caminar ¿verdad? Sí media hora, una hora”. Pero yo le digo a él ¿No te aburres? Si quieres salte, porque yo me entretengo en mis quehaceres”. “Ahora con su enfermedad, le digo siéntate ahí y no quiero que te muevas para nada”.

Aún cuando una de sus hijas casadas vive en la casa paterna y ellos cuidan a su nieta los señores Beltrán-Cornejo viven prácticamente solos y se cuidan el uno a

la otra. Pero el señor Beltrán, por el infarto sufrido requiere de mayores apoyos y cuidados. Su esposa no se los regatea. “Si desde niños hemos sufrido muy parecido, entonces eso de estarnos reprochando ya pasó, ya pasó. Ya lo dejamos atrás. Diosito nos dio otra oportunidad y hay que vivirlo”. Por su lado el señor Beltrán aprovecha la entrevista para expresarle a su esposa. “Yo lo que he vivido contigo no me arrepiento de haberlo vivido”.

Demostración de cariño

En la trayectoria de la relación de la pareja, el señor Beltrán es quien destaca en la demostración de cariño, señala la señora Cornejo que su esposo es más inclinado a los abrazos y los besos hacia los miembros de su familia, en tanto ella es menos expresiva en este sentido.

Él sin tomar en cuenta el lugar donde estemos, ni con quien estemos me quiere abrazar y a mí no me gusta... Ahí tengo una foto donde me quiere abrazar en Oaxtepec y yo lo estoy empujando, empujando. Como que a mí me daba pena, le digo 'estate en paz'. Siempre ha sido así, desde joven.

Refiere que con sus hijas no fue la excepción. “También con sus hijas es muy cariñoso. Yo le digo que es un barbero con sus hijas. El siempre con sus hijitas, y que sus hijitas. Le digo eres un barbero”. El señor Beltrán extiende la expresividad a otros miembros de su familia de origen como sus hermanos, y busca congraciarse con las hermanas de la señora Cornejo,” ¡ay me caía gordo! Porque hacía payasadas en las fiestas, se pone a cantar y a bailar, pero les cae bien a mis hermanas. Porque las besa como si fuera sus hermanas, pero trata igual a sus hermanos”. La señora Cornejo remata: “Siempre ha sido cariñoso, pero luego

llegaron las hijas. El está atento a lo que necesito y necesita la gente”. Por su lado el señor Beltrán señala, “yo le digo que acaricie a sus hermanas, yo le doy besos a sus hermanas”. Las expresiones de atención de parte del señor Beltrán pueden interpretarse como demostraciones de cariño, por ejemplo, para ella destaca que con mucha frecuencia su esposo apresurara su salida del trabajo para recogerla y llevarla a comer, “...pasaba por mí e íbamos a la cantina en la (colonia) Doctores”. , o que aún, de forma muy reciente, él la ha invitado a bailar. Al respecto el señor Beltrán dice: “Los demás se iban con los amigos, yo no, yo siempre estaba con ella”. Por lo descrito, exceptuando el episodio de infidelidad en la trayectoria, el señor Beltrán se ha caracterizado por estar cerca de su esposa, por apoyarla y por demostrarle su cariño.

La señora Cornejo, contrariamente, no ha sido tan expresiva como su esposo, ella señala haberlo demostrado en los hechos. “Si yo siempre ando con él de arriba para abajo, no tengo que demostrárselo de otra manera. Y me dice él, es que debes...yo no soy así le digo...yo soy muy seca, yo no sé abrazar ni a mis hijas”. Quizás asociada a aquella etapa de infidelidad del esposo ella reporta una época en que expresó franco rechazo a la presencia de su esposo “en el amor yo era muy pasiva (evasiva), me reclamaba que no me acercara a él y no dejaba que él se acercara a mí. El decía, ‘qué pasa con ella, no me responde”. Sin embargo, como se aprecia líneas arriba, aquel obstáculo ha sido superado por la señora Cornejo. Actualmente se le observa del brazo de su esposo para acompañarlo a los diferentes lugares que él debe acudir. Dice la señora Cornejo: “Últimamente luego me pregunta los sábados qué quiero comer y [nos] vamos a los mariscos. Luego los dos solitos no íbamos a bailar”.

Provisión de los satisfactores materiales

Por los relatos el señor Beltrán no descuidó tampoco el aspecto de la provisión material. Desde el noviazgo él combinó su tiempo para convivir entre la persona que es actualmente su esposa, y el trabajo para sostenerse y sostener a sus hermanos y, al mismo tiempo tomar una capacitación para desempeñar una actividad en la vida futura. “A mí me gustaba porque siempre fue muy guapa, aunque yo andaba en lo mío, yo era el único [entre mis amigos] que estudiaba y trabajaba”. La vida matrimonial la iniciaron con recursos propios, “a nosotros nadie nos apoyó”. Según refieren iniciaron con el afán de apoyarse el uno a la otra, para superar la situación en que crecieron, “cuando éramos novios platicábamos que queríamos tener una casa”.

En su vida matrimonial, la señora Cornejo continuó trabajando en un taller de cromado de partes automotrices propiedad de uno de sus hermanos, sin embargo quien se hizo cargo de la provisión de las necesidades materiales familiares fue el señor Beltrán. Para la señora Cornejo su esposo, “...siempre fue responsable en la casa. El llegaba y me enseñaba su cheque..., él no es de los que toman, sólo no me daba cuando no tenía...”. El señor Beltrán completa el diálogo “De lo que yo cobraba se lo daba, ya ella de ahí me daba para los camiones y para mi gasto”. Ella tiene muy presente la importancia que el señor Beltrán concedió a la convivencia familiar: “Todos tenemos defectos, pero él siempre hizo el esfuerzo de tenernos bien. Cuando trabajaba en *Marinela* nos llevaba 8 días, 15 días a Acapulco, regresábamos sin ningún quinto. Allá nos decía ‘qué quieren’ y aunque se quedaba sin dinero nos complacía”.

Por su lado, ella ha correspondido llevando una buena administración de los recursos de la casa. "Yo soy muy cuidadosa (ahorradora), con lo que él ganaba comprábamos nuestros muebles. Yo he cuidado mucho mis muebles". Al mismo tiempo lo apoyó en los momentos de dificultad. "Luego a veces él no tenía. En los tiempos en que nos fue mal le ayudaba, y yo de lo que tenía guardado, le decía yo: "toma, completa tu gasto".

A través de estos testimonios se capta el mutuo apoyo brindado entre los esposos Beltrán-Cornejo resultado de ello es que actualmente se les observa caminar juntos en el cuidado del esposo, para la realización de sus actividades tendientes a evitar mayores deterioros provocados por la enfermedad.

Trayectoria de la enfermedad

De acuerdo a las características ya señaladas es posible catalogar la enfermedad del señor Beltrán como deteriorante. En una primera etapa cursó su enfermedad de manera asintomática, lo cual le dio posibilidades de llevar su vida de manera habitual; pero en cierta fase se presenta el infarto al miocardio, evento que se presenta como una sacudida violenta marcando una transición en la vida del señor Beltrán. No se aprecia deterioro en su apariencia física externa, conserva buen color, su complexión es regular, no lo ha consumido la enfermedad, en otras palabras no exhibe las características que produce en la apariencia física de los diabéticos con complicaciones. De esta manera el infarto apareció como en "cielo despejado" incluyéndolo en las filas de las personas que Mercado Describe:

Aparece un daño o complicación en cierta parte del organismo que imposibilita al individuo llevar a cabo su vida tal como solía hacerlo... Empiezan a depender parcial o totalmente de otros

integrantes de la familia-grupo doméstico, lo cual genera sentimientos de tristeza, impotencia, frustración e incertidumbre, y poco a poco se va incrementando el aislamiento social” (Mercado, 1998: 238).

Por lo relatado, la diabetes obró de manera silenciosa, ya que, no obstante de haber sido diagnosticada la enfermedad, en un principio parecía no provocarle ninguna limitación, motivo por el cual el señor Beltrán continuó desarrollando su vida de manera habitual sin precaución o limitación alguna, desarrolló su trabajo de manera habitual, tomaba todo tipo de alimentos, con frecuencia se excedía con los alimentos restringidos, también con frecuencia consumía alcohol, con bastantes años de anterioridad abandonó la práctica del fútbol cayendo en el sedentarismo. Durante casi 5 años él intentó ignorar la existencia de la diabetes conduciéndose como si nada pasara⁶⁴. Así, para el señor Beltrán la complicación sobreviene como un hecho intempestivo lo cual sí provoca cambios drásticos en su vida, lo que el diagnóstico de la diabetes no provocó. En cambio el infarto se expresó en un dolor muy agudo que provocó su desvanecimiento, sin pérdida del conocimiento, lo cual propició su vivencia con mucho dramatismo. El señor se sintió al borde de la muerte, al mismo tiempo que le implicó un período de hospitalización. Relata que gracias a la intervención de su nieta de 5 años -única persona con la que se encontraba en el momento del ataque- quien corrió a pedir auxilio de sus vecinos, la atención fue oportuna. De lo contrario dice él “yo hubiera muerto”. Ahora agradece a Dios seguir viviendo y pide perdón porque con

⁶⁴ Aunque parece corto el tiempo de evolución de la enfermedad del señor Beltrán, observando el cuadro 8 (Antigüedad del diagnóstico”) del capítulo V, su situación recae en el segundo lugar de casos de complicación dado que, según el cuadro, en la antigüedad de más de 10 años recae la mayoría de los casos de complicaciones.

anterioridad el pedía morir de un infarto, ya que, según creía, se trataba de una muerte repentina y placentera. Ahora dice “¡no, no, no! ¡Eso duele mucho! Ya no me quiero morir de eso”.

Ahora el problema se presenta como una tragedia por varias razones: recuerda con dramatismo su episodio de infarto que le hizo sentirse al borde la muerte; actualmente experimenta dolores torácicos agudos y agotamiento físico que le impiden realizar actividad física de cierta intensidad. Los anteriores son situaciones que le obligaron a retirarse de su trabajo con los consecuentes problemas económicos que esto implica, al mismo tiempo que lo obligan a retirarse de su vida laboral y social acostumbrada y refugiarse solamente en su hogar, una especie de ostracismo que el señor Beltrán parece asimilar con resignación al entender la gravedad de su problema somático. En este caso el apoyo de su esposa ha sido imprescindible tanto para sus actividades terapéuticas como la administración de los medicamentos, la asistencia a las consultas, la realización de la dieta adecuada, la realización de los ejercicios indicados. En este punto, el apoyo y el acompañamiento por parte de su esposa, son sumamente importantes para mitigar el aislamiento social que vive el señor Beltrán.

Calidad de vida

Por lo observado la relación de la pareja Beltrán-Cornejo es armónica, sienten mucha satisfacción haberse apoyado para salir de su situación familiar de origen (miseria y maltrato), expresan el orgullo de sus logros como pareja, “nadie nos ayudó, nadie nos orientó de cómo hacer las cosas”. Ahora exhiben el logro de ambos: tener una “casa bonita”, bien construida en comparación con la habitación

que, describen, vivieron en su infancia (casas de láminas de cartón), procrear y darle carrera a sus dos hijas. El señor Beltrán se siente orgulloso de haber apoyado a sus hermanos en el plano material y guiarlos para salir adelante. La señora Cornejo comparte esta satisfacción porque lejos de impedir u obstaculizar tales apoyos los alentó y compartió, “los consideré como mis hermanos” dice ella. Por su lado, ella siente orgullo de haber superado la opresión, primero de su madre y posteriormente de sus hermanos quienes la maltrataron y explotaron económicamente, “nunca se preocuparon por mí y en cambio sí me exigían”. Ella reconoce que pudo salir adelante gracias al apoyo del señor Beltrán.

¿Cómo viene la enfermedad a afectar la calidad de esta relación? Como se aprecia, en un primer momento el diagnóstico de la enfermedad, por las descripciones hechas, parece no haber afectado la relación, continuaron con su convivencia normal: ritmo de trabajo habitual, vida social (comer y beber de manera habitual, con cierto exceso), cada vez mayor sedentarismo. Quizás se pueda afirmar que la euforia de “las buenas relaciones” (de acompañamiento entre ambos) propició que no se percataran de la enfermedad y continuaran con su ritmo habitual. El rechazo del episodio de infidelidad del esposo fue expresado en forma del alcoholismo de la esposa, afectando la relación, pero fue superado y actualmente es considerado, más que una experiencia negativa, como un punto de reflexión para evaluar la importancia de tenerse uno al otro y observar a distancia todos los problemas que han superado ambos.

Actualmente, los problemas que centran su atención del señor Beltrán son las dolencias y el agotamiento físico secuelas del infarto, su preocupación por evitar posteriores infartos y su problema económico de falta de ingresos por la

inactividad. Pero los cuidados y el apoyo emocional los dan por descontados, sabe que su esposa esta ahí acompañándolo. Su esposa, por su parte, no siente como una carga la responsabilidad. Su esposa dice: “Gracias a Dios lo seguimos teniendo. Gracias a Dios mis hijas siguen teniendo un padre y mis nietas puedan conocer a su abuelo, él ha sido muy bueno con todos nosotros”. Ambos viven esta etapa como una consecuencia de lo hecho anteriormente.

Vínculos

Sus problemas y tragedias similares de la infancia llevaron a la pareja a fundirse y amoldarse uno a la condición del otro. Fue esta fusión lo que les permitió afrontar las agresiones del mundo externo. Si bien con el matrimonio nunca tuvieron un proyecto de vida claro sabían que harían su vida juntos. Actualmente, ya con los hijos haciendo su propia vida, ellos se acompañan mutuamente, aunque quien necesita más apoyo es el señor Beltrán y su esposa se lo brinda.

Transiciones

Se puede apreciar varias etapas en la trayectoria de la relación de la pareja Beltrán-Cornejo. Una que tiene como punto de inicio en su adolescencia, cuando se conocen, inician el noviazgo y se prolonga en una parte de su matrimonio. Se da el evento de infidelidad del señor Beltrán que afecta emocionalmente a la señora Cornejo y se arroja al alcoholismo, un hecho que sin duda impacta a la relación de pareja y a toda la familia, sin embargo superado por la señora, lo que permite, al parecer reestablecer la dinámica familiar. El segundo evento importante en la relación Beltrán-Cornejo no es precisamente el diagnóstico de diabetes del

señor Beltrán, sino el episodio del infarto la cual cambiará el curso de la vida del señor Cornejo y la de su pareja, aunque ya no impacta con la misma magnitud a la vida de sus hijas quienes han emprendido sus respectivos matrimonios. Este último evento propicia la reflexión de la señora Beltrán para analizar su trayectoria y su horizonte de vida, debe adoptar hábitos distintos prescindiendo de las relaciones sociales anteriores.

De acuerdo a lo anterior podemos colegir que:

- a) La relación del matrimonio Beltrán –Cornejo inició desde la adolescencia, se acompañaron para mitigar el maltrato que ella vivía y el abandono de ambos. Así, estas necesidades de cariño, sobre todo de parte de ella y las necesidades de comunicación ambos fueron factores de fusión paulatina de la pareja y que los condujo a vivir juntos. Al parecer la situación que vivieron siempre ha estado presente en la relación posterior, tanto los recuerdos negativos de su infancia, como los positivos de su acompañamiento inicial. La euforia de la relación inicial ha trascendido a lo largo de la relación matrimonial mediante las convivencias, ya sea en las reuniones con los hermanos de ambos, que por sus relatos, fueron frecuentes; ya sea en la convivencia de ambos, como esposos, invitándola a comer en los restaurantes, las cantinas o ya la invitaba a bailar, sin faltar nunca las bebidas alcohólicas. Lo anterior, al parecer, contribuyó en gran medida para que el señor Beltrán pasara por alto su condición de diabético.
- b) Más allá del episodio de infidelidad del esposo que determinó un cambio pasajero en la actitud de la esposa, además se dio en un momento de

integridad física del señor Beltrán, donde no requería apoyos materiales ni emocionales. En cambio él, al parecer, apoyó a su esposa mediante una actitud paciente, sin reproches, escuchándola en sus momentos de alcoholismo. El cambio más importante que se detecta en la vida de la pareja es el problema derivado del infarto del esposo, que vivieron ambos con sumo dramatismo, él porque sintió morirse y actualmente vive sus secuelas como una minusvalía y aislamiento social. Ella porque temió perder a su pareja y quedarse sola, además implicó la pérdida del nivel de vida habituada por los ingresos del esposo.

- c) Aunque, por otro lado, este último acontecimiento implica el refrendo de una relación que, con todo que ha mostrado una continuidad, también exhibe altibajos.
- d) Se observa que una relación iniciada desde la adolescencia, de mutuo apoyo y expresión de cariño, comunicación constante ha logrado sortear los problemas. Aunque en un momento fue como una especie de vehículo para ignorar la enfermedad⁶⁵ –pues festejaban aún con excesos su buena relación-. En la última etapa se observa el apoyo incondicional de la esposa en los momentos que el esposo lo necesita, lo cual le aligera la vida al esposo.

⁶⁵ Hay que decir que no fue la única causa, es posible que la ignorancia sobre las consecuencias de la enfermedad se expresó como indiferencia, como si nada pasara, -ya se observa esto en los datos que se aportan en el capítulo cinco-, en tanto ellos continuaron festejando.

Capítulo 7.

Algunas consideraciones finales

Partiendo de la importancia de las relaciones sociales en el desarrollo de la enfermedad de uno de los componentes del grupo. La pareja conyugal desempeña un papel fundamental en este problema, por la afectación que sufre y por la respuesta que formula. Para el paciente de diabetes tipo 2 por tratarse de una enfermedad crónico-degenerativa el apoyo social es muy importante en dos sentidos, como apoyo instrumental y emocional:

- a) el apoyo instrumental para llevar a cabo las indicaciones médicas que permiten el control de los niveles de glucosa (dieta, ejercicio y administración de medicamentos) y para asistir y cuidar a las personas que muestran deterioro y disminución física debido al efecto de las complicaciones.
- b) En otro nivel, como se aprecia en el capítulo 5, es frecuente el impacto de la enfermedad sobre el estado emocional de los pacientes, ya por la noticia del diagnóstico, por los flagelos que prodiga y/o por las incapacidades que somete a los pacientes marginándolos, algunas veces de manera paulatina y otras de manera más acelerada, de la vida social hasta llevarlos a la muerte. Entonces el apoyo emocional en el proceso es muy importante.

Partiendo también que, en este camino la respuesta puede ser de otra índole, como la indiferencia, el distanciamiento, el desentendimiento, la hostilidad y hasta la agresión.

Cualquiera que sea el tipo de respuesta, esta afecta la calidad de vida del enfermo y, muy frecuentemente, la evolución de su enfermedad.

El tipo de respuesta como se observó, se da en un clima determinado, como una expresión de la calidad de la relación de pareja. Así el tipo de relación no nace con la enfermedad, sino que frecuentemente, tiene sus antecedentes y raíces en hechos y situaciones de mucha antelación. Aunque no se descarta que la enfermedad pueda provocar cambios en la relación, pueda implicar un quiebre o una transición, Rentería, (2003) señala, por ejemplo que la diabetes es utilizada, por parte de los pacientes, para desviar la atención de los conflictos familiares hacia el enfermo.

En los cuatro casos estudiados el tipo y la calidad de la relación se rastrean desde antes del matrimonio o en el momento del matrimonio y la mayoría muestra una continuidad frente a la enfermedad ya sea de apoyo, indiferencias o hasta formas de manipulación o agresión a la pareja. En dos parejas, los hombres vieron en el matrimonio fines instrumentales más cercanos a lo que los autores llaman matrimonio concertado en el sentido de establecer previamente acuerdos explícitos, estableciendo sociedades eficaces en las relaciones. Por el lado de las mujeres tienen más hacia el amor maduro, más hacia la combinación de sentimientos afectivos y toma de decisiones racionales o cuasirracionales.

Observado a través de los cuatro indicadores en que se desglosa el análisis de la calidad de la relación, se detectan su forma de desempeño en donde el género parece atravesar las funciones, conductas y puntos de vista, poniendo a los hombres de un lado y a las mujeres de otro en el desempeño de los roles.

La capacidad de la comunicación distingue a unos y a otros. Se aprecia en tres casos que los hombres muestran incapacidad, exhibido como desinterés, por la comunicación. Así, no comunican sus pensamientos, necesidades y puntos de vista, aparentando en un caso como autosuficiencia, desinterés en otro e incapacidad en un tercero. En lo referente a la demostración de cariño el asunto va por el mismo camino, los hombres muestran su cara dura, su interés por otros asuntos antes que demostrar cariño. El punto de mayor prioridad para la mayoría (con excepción de uno) es su rol de proveedores de los satisfactores materiales, considerándolo como suficiente para catalizar las relaciones y/o para suplir las necesidades afectivas. Sólo uno de los entrevistados mostró cierta consistencia y continuidad en la comunicación, así como de la capacidad de demostrar cariño a lo largo de la relación.

Por su lado, las cuatro mujeres mostraron capacidades y facilidad para la comunicación, relatado por ellas y constatado en el momento de la entrevista. Otro tanto sucede con la demostración de cariño, las mujeres como lo relatan, ofrecen de manera generosa su afecto a sus esposos. En este camino ellas se muestran capaces de ofrecer y solicitar ayuda y apoyo en los diferentes terrenos de la vida. En el desempeño de los hombres la falta de los ingredientes afectivos y de comunicación podría conducir hacia un distanciamiento o aparece como desinterés hacia las necesidades de la pareja, y en los momentos problemáticos y/o de crisis como es la enfermedad aparecerá como incompreensión y como falta de apoyo, porque ante la ausencia de la comunicación no es posible enterarse de las necesidades y requerimientos de la pareja y, por tanto, no es posible brindar el apoyo en las áreas requeridas. La evasión en la expresión de los afectos puede

expresarse como insensibilidad. Cuando la enferma es la esposa, el hombre aparece lejano, desconociendo las necesidades afectivas y no brinda el apoyo emocional requerido por ella. Cuando él se enferma posiblemente no comunica sus síntomas, ni solicita ayuda, ni apoyo.

Por lo que se puede extraer de aquí el apoyo no puede brindarse sin el ingrediente afectivo, de lo contrario se ve como forzado, que lo hacen por obligación, en contra de su voluntad. Así solamente es útil en los casos de mayor dependencia, deterioro o minusvalía del enfermo, pero como apoyo emocional, no sirve. Puede decirse entonces que el hombre no brinda apoyo, porque detrás del mismo no se observa afecto. Lo anterior no descarta, sin embargo, que en otros casos exista verdadera insensibilidad. ¿Cómo se presenta la información de las cuatro parejas entrevistadas a la luz de la información de conjunto obtenida en la encuesta?

Es posible observar la variabilidad que presentan algunos de los datos de la encuesta en las respuestas de los entrevistados.

Según la información proporcionada por estos sus casos fueron diagnosticados a partir de algún síntoma o malestar, lo cual está en consonancia con la información del cuadro número siete del capítulo cinco, donde se refleja una escasez de cultura de la previsión detectando sus enfermedades ya, de manera, avanzada.

Como se constata en los cuadros número 9 y 28 no todos los casos derivan en complicaciones y en los que presentan las complicaciones estas se dan, de manera notoria después de los cinco años. En tanto que la asociación entre adhesión a la dieta y complicaciones también presenta cierta variabilidad.

Analizados los cuatro casos de entrevista en profundidad, se presenta el siguiente panorama: una persona con 10 años registrados con diabetes, sin seguir las

indicaciones por propia voluntad no presenta complicaciones. Una persona reconocida diabética desde hace cinco años, administrándose únicamente los medicamentos hipoglucemiantes no presenta complicaciones. Una persona con 20 años de antigüedad del diagnóstico que no ha logrado seguir el régimen dietético y de ejercicios, haciendo interrupciones en la administración de los medicamentos presenta complicaciones severas (pérdida de la vista). Una más con cinco años diagnosticado que reporta haber ignorado la presencia de la enfermedad presenta complicación (infarto al miocardio).

El cuadro 30 refleja la compleja relación que guardan las complicaciones y/o deterioros físicos y su impacto emocional, que la magnitud de los deterioros no siempre corresponde con la magnitud de los impactos emocionales y, contrariamente algunos casos leves reportan mayor percepción de sufrimiento. En este punto las entrevistas presentan dos casos con complicaciones, en ambos los entrevistados reportan impacto emocional que implica deterioro en su calidad de vida, pero la diferencia entre ambos lo hace el apoyo recibido, en un caso de complicaciones (pérdida de la vista) sin apoyo del esposo hace doblemente trágico su problema; en el segundo caso (infarto), con un apoyo incondicional de la esposa ha hecho llevadera la vida del esposo. En los restantes dos casos sin complicaciones, en ambos no se percibe afectación emocional por distintas razones, en un caso el señor se ha documentado sobre su problema y ha logrado manejarlo incluso para fines de manipulación de su familia, principalmente de su esposa. En el otro caso, en un principio -en el momento del diagnóstico- por desconocer las características de la enfermedad, la noticia le significó una tragedia (situación que se documentada en el cuadro número 25). Una vez enterada de su

situación, ella ha sobrellevado y relegado su problema a segundo término, ocupando sus esfuerzos en estar al frente de su familia y educando a sus hijas.

Por lo apreciado en las entrevistas el incumplimiento de las indicaciones médicas no siempre son voluntarias, situaciones de diferente tipo se atraviesan para impedirlo. Sólo una persona (el señor Trejo) para tener las condiciones para realizar la dieta pero no lo hacía como una forma de mostrar autosuficiencia y para mantener en zozobra a su familia. La señora Flores se ha visto imposibilitada de seguirla por su situación económica precaria y, antes que ocuparse de su salud, debe empeñar sus esfuerzos para estar al frente de su familia ante el desentimiento de los problemas por parte de su esposo. La señora Guadarrama no ha logrado la adherencia por las dificultades que le implica la crianza de sus hijas –una de ellas prefiere a toda costa su comida con carne roja- y su precariedad económica le ha impedido hacer una variedad que satisfaga a todos. La señora Cornejo, a partir del infarto de su esposo, hace esfuerzos por cumplir con la dieta, obstaculizada por sus escasos ingresos no lo logra totalmente. Se observa, entonces, que no es suficiente contar con la persona que le elabore los alimentos, ni aún por prepararse ellas mismas su comida. Obstáculos de diferente índole se presentan para incumplir.

Sucedo otro tanto con el ejercicio físico, donde se presentan problema de disposición de tiempo, de lugares adecuados, de hábitos y donde el apoyo es muy importante, así se observa que la señora Guadarrama y el señor Beltrán realizan ejercicios físicos mínimos (caminan habitualmente) a partir de la coadyuvancia y acompañamiento de sus parejas.

En lo referente al uso de los medicamentos hipoglucemiantes, según muestra el cuadro 17, la administración de los medicamentos alcanza cerca del 100%, los casos analizados reportan que dos de las parejas entrevistadas consume de manera ininterrumpida los medicamentos indicados, una persona lo hace con interrupciones, y una más, no recurre absolutamente a los medicamentos. Según la información del cuadro citado, la mayoría recarga el control de la glucosa sobre la administración de los medicamentos, pero en los casos estudiados esto no sucede. Algunas de las razones de tal situación: las dos primeras personas cuentan con la provisión mensual del IMSS de manera permanente. En tanto que las interrupciones de la señora Flores se deben al frecuente desempleo del esposo, implicando desafiliación cuasi-periódica al IMSS y la consecuente falta de provisión de los medicamentos. La cuarta persona, el señor Trejo, cuya indiferencia y poco compromiso con su salud, le llevan a no asumir un tratamiento determinado.

Los acercamientos que permiten las entrevistas, arrojan luz sobre los datos de la información masiva de la encuesta, para entender las razones de las circunstancias y situaciones que se presentan en esta, de manera gruesa.

Varios de los restantes datos son coincidentes con hallazgos de otras investigaciones. Así sucede con el rango de edad de adquisición de la enfermedad ubicado entre de 40 a 70 años (cuadro 1), coincidente con los datos de las estadísticas nacionales (Pérez, 2003).

En la escolaridad (cuadro 2) se observa ligera asimetría a favor de los hombres cuya escolaridad se dispersa hacia grados mayores a la primaria, en tanto que el grupo de las mujeres tiende del sexto año de primaria hacia abajo.

En el estado civil, las cifras de viudas es ligeramente superior al de los hombres, quizás sea el reflejo de aquello que mencionan los autores en el sentido de una mayor mortalidad de los hombres a edades más tempranas (Sepúlveda, 1994; INEGI, 2005; Helgeson, 1995; Ghazal, 2006).

La herencia (cuadro 5, 6 y 27) como factor predisponente de la diabetes, se observa como positiva en las tres cuartas partes de las respuestas. La búsqueda de las medidas terapéuticas adicionales es un tema poco indagado tanto en lo que respecta a sectores de la población recurrentes, tipo de medicina recurrida, su eficacia, las motivaciones para hacerlo, situación de las personas, etc. En este trabajo se cruzan variables como, sexo, antigüedad del padecimiento, apoyo social, complicaciones para conocer los rasgos de las personas que acuden a las medidas adicionales expresándose la variabilidad encontrada en otras partes.

En cuanto a los conocimientos sobre las causas de la diabetes las respuestas fueron similares con (Garza, et. al. (2003) quien encontró como causas a las emociones, la herencia, los excesos en los consumos, el sedentarismo, la obesidad. La gente entrevistada entonces muestra conocimientos combinados de sus experiencias cotidianas y de conocimientos basados en la explicación científica.

Como hallazgo importante se detecta la ausencia de una cultura de la previsión y prevención. De esta suerte, la mayoría manifestó haber detectado su enfermedad de manera accidental u orillados por algún síntoma, así, las personas desconocen la fecha real de inicio de su enfermedad, la cual puede haberse iniciado con años o lustros de anticipación.

Los estudios de las ciencias sociales han enriquecido la visión estrecha imperante en el ámbito médico, abriendo la caja negra que significaba el proceso de padecimiento de la enfermedad, la cual, como han mostrado los estudios, se desarrolla en medio de las relaciones sociales. Puede afirmarse entonces que el presente trabajo es tributario de aquellos planteamientos.

En el caso de la diabetes tipo 2, de manera más persistente los estudios de mayor elaboración se han enfocado sobre el papel de la familia y la importancia del apoyo instrumental y emocional. Familia y apoyo, un binomio que se entreteteje generando diferentes climas para las condiciones de vida del paciente y el desarrollo de la enfermedad.

En este trabajo se recurre a una perspectiva teórica para explicar la situación encontrada en los casos estudiados, esto es, el tipo de respuesta de la pareja ante el problema de la diabetes de uno de sus miembros, considerado como una situación con raíces anteriores a la enfermedad, imbricado con el curso de la relación de la pareja. En este punto fue muy importante la aplicación de la categoría de trayectorias, un instrumento de la perspectiva del curso de vida. Este recurso analítico ha sido aplicado en otros ámbitos, sobre todo en estudios de corte cuantitativo, es decir, en el estudio de grandes conglomerados humanos en el marco de determinados eventos sociales, económicos o culturales, como aquellos que propone Elder (1998), Ojeda de la Peña (1989) y Tuirán (2002). En el ámbito de la investigación cualitativa han incursionado en los casos mexicano y latinoamericano Guzmán, et. al. (1999); (Aznar, 2002); Blanco, (2002); Caballero (2004); Salazar (2006). Se trata de un acercamiento a núcleos pequeños, como lo es la familia para observar los tipos y los motivos de los cambios gestados en su

interior, cuyo resultado permite observar un rico y dinámico panorama de este grupo social.

Aquí se hace una aplicación particular del instrumento analítico de las trayectorias asociándola con algunas categorías de la calidad de la relación de pareja como parámetros para conocer, entonces, el curso que ha tomado la calidad de la relación de las parejas entrevistadas.

Como se aprecia, ha sido muy valiosa la información aportada por los entrevistados como producto de su experiencia del padecimiento, de sus vivencias en carne propia de los problemas que provoca la enfermedad en su existencia y/o en su vida de relación. Nada de esta información se habría logrado sin la generosa participación de los informantes para poder conocer cómo los impacta la enfermedad, cómo la viven internamente, qué emociones despierta, qué significados le atribuyen, por un lado, y por otro, conocer muchos aspectos íntimos de su relación de pareja. Puede tratarse, inclusive, de asuntos muy confidenciales que muchos no revelan a la primera intención. La mayor o menor fidelidad en la captación depende, ahora, de las capacidades y sensibilidades del entrevistador. En este sentido son muy valiosos los instrumentos, las técnicas y las experiencias acumuladas que brinda la investigación cualitativa.

Como en toda investigación se trata de un mundo ajeno al cual el investigador quiere acceder. Pero como en pocas áreas donde él, sólo depende de la información proporcionada por los involucrados y, sólo por ellos se entera de los impactos de la enfermedad en la subjetividad del enfermo. Gracias a la información obtenida otros autores pueden nombrar desde fuera la situación y la tragedia de los enfermos, señalando, por ejemplo, que el diagnóstico de una

enfermedad crónica y/o la advenimiento de una complicación provoca una crisis en la existencia de las personas desafiando sus habilidades individuales y familiares para enfrentar y adaptarse a su nueva situación (Chowell y Pérez, 2005). Pero no es sino una persona que ha vivenciado su propia enfermedad quien nos revela con toda crudeza las implicaciones de una enfermedad:

“La enfermedad es un suceso que introduce una diferencia dolorosa en el mundo que damos por supuesto. Las vidas de algunas personas quedan dañadas irremediabilmente. Otras personas ven cómo se remiendan las grietas de sus mundos”. (Shuman, 1999: 24).

Por lo visto es un proceso que sacude a las personas y frente al cual algunos logran acomodarse, otros se resisten todo el tiempo, otros simplemente niegan la existencia de la enfermedad. Pero a decir de los conocedores la aceptación implica la construcción de un mundo nuevo de significados, de darle sentido a sus vivencias provocadas por aquello que llegó de manera intempestiva para instalarse de manera permanente. Unos más flagelantes, otros más demandantes de atenciones y apoyo, otros más letales.

El investigador por encontrarse al otro lado de la línea y contarse entre los que tienen con la dicha de desconocer los estragos de una enfermedad, donde todavía se puede jugar con la idea del futuro, desconoce cuales son las motivaciones y resortes que obligan a sacar fuerzas para seguir adelante a una persona que, aún a sabiendas que el hilo de su vida se acorta cada vez, debe recorrerlo con la mayor entereza posible. Sin embargo el investigador también forma parte de una familia que igual tiene su dinámica. Esto mismo lleva a reflexionar cuan delgada es esta línea que demarca entre la vida del enfermo y la

del investigador, la línea demarcatoria de aquello que denominamos como salud y de aquello que se identifica como enfermedad. Qué profundas e impactantes suenan las palabras de Susan Sontag en este punto cuando hace referencia a tal frontera:

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.

La enfermedad según castigue más y/o que pone a las personas en la certeza del acortamiento de su vida, se vuelve una situación más trágica, paliable, sin embargo, mediante acciones personales de cuidado y moderación en los hábitos de reproducción y quizás de intensificación de las medidas terapéuticas, los cuales, ahora sabemos, tienen como condición ineludible el apoyo de las redes sociales, sobre todo de la familia y particularmente, con mucha frecuencia, de la parte más íntima de ésta, es decir, la pareja. Esta también puede proporcionar apoyo emocional, ese aliento y soporte necesario para seguir adelante, aunque parodiando a Troya (2000), podemos considerar que la relación de pareja puede constituirse en su contrario, es decir, en una fuente de ofensivas y agresiones, una fuente de malestar. Todo depende de qué se cultiva a lo largo de la trayectoria de la pareja se cosechará en su momento. Con mucha razón Kleinman involucra a las redes sociales en la generación de la experiencia del padecimiento.

Sin embargo, aprendemos también que la construcción de una u otra no depende exclusivamente de la voluntad de los integrantes. Elementos de educación, de recursos materiales, culturales como las formas de relación heredadas y, sobre todo, el género tienen implicaciones profundas en esta construcción.

Así entonces, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y sobre todo el mejoramiento de la calidad de vida pasa por la construcción de las relaciones sociales basadas en la fraternidad y la solidaridad para acompañar a nuestros seres queridos en las buenas y en las malas.

Referencias

- Abreu, Luis Felipe; Infante, Claudia; Dieter, Claus; Caso, Antonio.
2000 "Problemas y dilemas en la definición de la calidad de vida".
En *Calidad de vida, salud y ambiente*. Magali Daltabuit, Juana Mejía
y Rosa Lilia Álvarez (coordinadores). UNAM: CRIM, IIA-INI, México
- Acevedo Álvarez, Ma. Del Pilar
1995 *La pareja conyugal, pequeña burguesía en México. Apuntes
para una reflexión sociológica sobre la estructura y características de
la relación conyugal heterosexual actual*. Tesis de licenciatura en
sociología. UNAM-FCPS, México
- Aisenson Kogan, Aída.
1981 *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. Ed.
FCE, México.
- Ajú Teleguario, Marta Lidia
2006 *Trayectoria de atención de la enfermedad en los niños Chortís
de Guatemala*. Tesis de doctorado en Antropología Social. Ciesas,
México.
- Alatorre Rico, Javier y Minello Martini, Nelson.
2001 "Género y masculinidad". En *Cuicuilco* 23 (8),.
- Alvarado-Ozuna, Claudia, Milian-Suazo, Emiliano; Valles Sánchez, Victoria.
2001 "Prevalencia de diabetes e hiperlipidemias en indígenas
otomíes". En *Salud Pública de México*, 43 (5), Sep-oct.
- Araneda Núñez, Carolina; Godoy Delard; Antonio; Castro Jones, Patricia;
Rademacher Lizana, Mónica; Ramos González, María José.
2002 "Ser pareja en el adulto mayor". En *De familias y terapias*.
Año 10, (16): 40-48
- Arganis Juárez, Nora.
1998 *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus de enfermos
residentes en Cosamaloapan, Veracruz* Tesis de Maestría en
Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia,
México.
- Arganis Juárez, Nora
2004 *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo
social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa*
D.F. Tesis de doctorado en Antropología. ENAH, México.

- Arredondo Armando.
1983 "Requerimientos financieros para la demanda de servicios de salud por diabetes e hipertensión arterial en México: 2001-2003" En *Revista de Investigación Clínica* 53 (5):.422-429.
- Aznar, Molina, Yésica
2000 *Cuatro trayectorias de vida de 14 mujeres unidas: una herramienta, metodológica en el análisis de la relación trabajo extradoméstico y dinámica familiar*. Tesis de Licenciatura en Sociología, UNAM, México.
- Azócar, Ximena y Yanjarí, Ricardo
2002 Amor y dolor en la pareja. En *De familias y terapias* Año 10, (16): 107-115.
- Barquera, Simón. Entrevista:
2003 "Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial". *Salud Pública de México*, 45 (5)
- Barragán Solís, Anabella.
2007 "La enfermedad como experiencia" En. En *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*, editado por Beatriz León Parra y Florencia Peña Saint Martín. PROMEP-ENAH-INAH-CNCA, México.
- Beneth, P.
1971 Diabetes Mellitus in American (pima) Indians. *Lancet*
- Benyshek C., Daniel.
2005. Type 2 diabetes and fetal origins: the promise of prevention programs focusing on prenatal health in high prevalence native American communities. En *Human Organization. Journal of the Society for applied anthropology*. 64 (2).
- Bernales Mata, Sergio
2001 La pareja humana. Entre la organización y la finalidad. Entre lo público y lo privado. En *De familias y terapias*. Año 9, (14 y 15): 64-72
- Beardwood, Hoseph T, Jr.
S/t Páncreas. En *Enfermedades de larga duración*. Editor Michael G. Woohl. Ed. Interamericana, México.
- Blanco, Mercedes
2002 Trabajo y familia entrelazamiento de trayectorias vitales. En *estudios demográficos y urbanos*.17(3), sep-dic.

- Blanco, Mercedes y Pacheco Edith.
2002 En busca de la metodología mixta entre un estudio de corte cualitativo y el seguimiento de una cohorte en una encuesta retrospectiva. En *estudios demográficos y urbanos*. 17(3), sep-dic.
- Bueno Belloch, Marina
1985 *Relaciones de Pareja. Principales modelos teóricos*. Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer. España
- Caballero García, Marta.
2004 Abuelas, madres, nietas. Trayectorias y transiciones en el ciclo de vida de las familias. Tesis doctoral de Sociología. Colmex. México.
- Caballero García, Marta.
2007 *Abuelas, madres, nietas: generaciones, curso de vida y trayectorias*. Ed. Colmex, México.
- Campuzano, Mario
1993 La pareja humana contemporánea. Subjetividad e intimidad afectiva. En *Imagen Psicoanalítica*. Año 2, (3): 135-148.
- Capella Rodríguez, Santiago.
2007 ¿Sólo trabajadores/proveedores?”. En Reflexiones sobre masculinidades y empleo. María Lucero Jiménez Guzmán y Olivia Tena Guerrero coordinadoras. CRIM-UNAM,
- Encuesta de salud,
1997. En www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/información/plan-2002-2010/es-ps/adjunto/estilos de vida. Pdf. (30 de noviembre de 2008)
- Cardoso Gómez, Marco A.
2000 La confrontación cultural: Factor determinante para el control de la *diabetes mellitus* tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria. En *Investigación en salud*. (II) 2, agosto.
- Cardoso Gómez, Marco.
2002 *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl*. Tesis de Doctorado en Antropología. ENAH, México,
- Carrillo, Carmen y Panderero, Arturo.
“Genética de la diabetes mellitus tipo 2”.
<http://care.diabetesjournal.org/cgi/>. (3 de marzo de 2007)
- Carey, F. Charles.

1999 Manual Washington de terapéutica médica. St. Luis School of medicine. Ed. Masson, Barcelona.

Carter, H., and Glick, P.C.

1970 *Marriage and divorce: A social and economic study* (American Public Health association, Vital and Health Statistics). Cambridge, MA., Harvard University Press.

Cohen, S y Ashby, T.

1985 "Stress, social support and buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, 98. (2)

Conrad, Peter.

1990 "Qualitative research on chronic illness: commentary on method and conceptual development" En *Social Science and medicine*, 30 (11): 1257-1263.

Cooper H.

2007 Manual Washington de Terapéutica Médica. 32a ed. Washington-University in St.Luis. Barcelona España.

Corbin y Strauss

1992 A nursing model for the chronic illness management. Based upon the trajectory framework. En P. Woog. The chronic illness trajectory framework. New York, Springer

Coria, Clara, Freixas, Ana; Covas, Susana

2005 *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Ed. Paidós, México.

Coria, Estela

2001 "El sexo oculto del dinero y su influencia insalubre en las relaciones de pareja y familia". En *Psicoterapia y familia.*, 1(14): 69-74.

Cortés Martínez, Patricia.

1995 *Diabetes Mellitus tipo II en el Distrito Federal. (1988-1994)*. Tesina para la titulación en la licenciatura de Sociología. UAM-I, México,

Counihan Carole.

1999 *The Anthropology of food and body*. Ed. Routledge, N.Y. En Food and culture. Reader. Carol Counihan and Penny Van Esterik. Editores. Ed. Routledge, N.Y., London

Cruz Tome, Brenda A. y Ortega Olivares, Mario.

2007 "Masculinidades en crisis". En Reflexiones sobre masculinidades y empleo. María Lucero Lozano, Olivia Tena Guerrero. Coord. UNAM-CRIM, México.

Chávez Borjas, Manuel.

S/f. *Género y calidad de atención a través de la tuberculosis*. UNAH, Honduras.

Chowell Godínez, Daniel y Pérez Araiza, Adriana.

2005 *Efectos de la diabetes en la dinámica familiar*. Ed. Aporte, UIA-León.

Daltabuit, Magalí, Mejía, Juana; Alvarez, Rosa Lilia.

2000 *Presentación*. En *Calidad de vida, salud y ambiente*. Magali Daltabuit, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez. CRIM-UNAM-INI, México.

Davidson, Karina

2006 Gender as a determinant and implications for health education. En *Health Education & Behavior*, 33 (6):731-743

De la Fuente, Julio.

1970 Yalàlag. Una villa zapoteca serrana. INI, México.

1999. Diabetes mellitus tipo2 En Boletín terapéutico No.15, año XV, .

De la O Chávez, Ma. De Lourdes.

1994 El impacto de la enfermedad crónica en la familia del paciente hospitalizado. Tesina para obtener el grado de Terapeuta Familiar. IFAC, México.

De los Ríos Castillo, José Lauro; Sánchez Sosa, Juan José; Barrios Santiago, Pedro; Guerrero Sutaíta, Verónica.

2003 "Calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2" En *Revista médica del IMSS* 42: (2): 78-93,

Delgado Leticia.

1993 Food aid in Peru: "Refusal and acceptance in a peasant community of the Central Andes" En *Changing food habits. Case studies from Africa, South America and Europe*. Carol Lentz Editora. Ed. Harwood academic publisher,. Amsterdam

De Oliveira, Orlandina y Ariza, Marina.

2001 Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano. En. *Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica*. Cristina Gomes, compiladora. FLACSO-Miguel Angel Porrúa. México.

- De Souza Minayo, Ma. Cecilia.
1995 *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*.
ED. Lugar Editorial, Buenos Aires,
- “Diabetes juvenil”
http://avasus.diabetesjuvenil.com/documentos_html/dj_alimentación_recetas_16asp (30 de noviembre de 2008).
- Diabetes Prevention Program Research Group.
2002 Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N. Engl. J Med.*; (326): 939-403.
- Díaz Loving, Rolando y Sánchez Aragón, Rozzana
2002 *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Angel Porrúa, México
- Doherty, W.J. and Baird, M.A.
1983 *Family therapy and family medicine: Toward the primary care of familie*. New York Guilford.
- Domorus, A Von y Farreras Valentí.
2004 *Medicina Interna*. Dir. C. Rozman. Ed. Elsevier, 15a. Edición. Madrid.
- Elder, Glen H. Jr, Family,
1978 “History and life course”. En *Transitions: the family and the life course in historical perspective*, Coordinadora Tamara K. Hareven Ed. Academic, San Francisco Calif.
- Elder, Glen H. Jr. y Pellerin, Lisa A.
1998 “Linking history and human lives”. En *Methods of live course research. Qualitative and quantitative approachs*. Giele, Janet Z., Elder, Glen H. Jr. (Editores) Sage Pulications. Thousand Oaks.
- Federación Mexicana de Diabetes, .A.C. www/fmdiabetes.com/v2-disabled-by-CT/paginas/d-numeros.php. 24/07/08
- Figuroa Perea, Juan Guillermo.
2005 “Elementos para el estudio de la sexualidad y la salud de los varones integrantes de las fuerzas armadas”. En *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Edith A. Pantelides y Elsa López. compiladoras., Ed. Paidós, México.
- Franco Pérez, Neobalis,

2000 "Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético". Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

García Martínez, Jesús; Garrido Fernández Miguel A.; Rodríguez Franco, Luis
2002 La formación de la pareja desde los modelos psicológicos. El modelo constructivista como integrador de las diversas perspectivas. En *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. Editores, De paz Castaño Herminio y Garrido Fernández Miguel Universidad Pontificia, Salamanca. pp. 51-70

Garda Salas, Roberto.

2006 La violencia masculina en la relación de pareja en la Ciudad de México. Análisis desde la perspectiva de género y de la estructuración. En *Estudios sobre la violencia masculina*. Roberto Garda Salas y Fernando Huerta Rojas. coordinadores Ed. Indesol-Hombres por la equidad, A.C. México.

Garduño Andrade, María de los Ángeles.

1994 "La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte en los varones y mujeres". En *Salud Problema* No. 25.

Garduño Andrade, Ma. De Los Ángeles.

1997 "La categoría de género y su utilidad en la explicación de problemas de salud". Presentado en VII Congreso de Latinoamericano de Medicina Social. Oficina de Trabajo sobre Género y Salud. Buenos Aires. 17-21 de marzo.

Garza Elizondo, María Eugenia, Calderón Dimas, Cristóbal; Salinas Martínez, Ana María; Nuñez Rocha, Georgina; Villarreal Ríos, Enrique.

2003 "Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitas tipo 2" *Revista Médica IMSS*, 41(6),

Gaytán Hernández, Ana I. García de Alba, Javier.

2006 "El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente". En *Revista Médica del IMSS* 44(2),

Geist, Ingrid.

2001 *El proceso ritual como proceso de semiosis. Ensayo analítico en torno al tiempo con base en las propuestas teóricas de la antropología. La semiótica y la fenomenología*. Tesis de Doctorado en Antropología. ENAH.

Ghazal Read, Jen´nan y Gorman K. Bridget.

2006 "Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity. En *Social Science & Medicine*.(62). Pag. 1045-1065.

- Gilas, Alfonso
1998 "Nutrición, ejercicio y farmacoterapia" Revista *Medicina Interna de México*, (14),
- Godhes, D.
1993 "Diabetes en American Indians". *Diabetes Care*, (161),
- Gómez Guerrero, Irma.
1994 *La familia del paciente diabético*. Tesina para obtener el diploma de Especialización en Terapia Familiar. IFAC, México.
- Gómez Solórzano, Marco Augusto.
2007 Masculinidades en la "sociedad del riesgo". En *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. María Lucero Jiménez Guzmán y Olivia Tena Guerrero coordinadoras. CRIM-UNAM,
- González Acevedo, Rosa L., Guerrero Vázquez, Delia y Hernández G., Hebe in J.
1998. *Programa para la atención y estudio de la pareja*. Reporte de servicio social. Licenciatura de Psicología. FES Zaragoza-UNAM, México
- González, G. Alberto
1974 *Análisis de la relación de pareja*. Nueva visión, Buenos Aires
- González González, Norma.
2001 "Sociología cualitativa y salud. La vida detrás de las estadísticas" En *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación*. José Martínez Vilchis y Gabriel G. Huitrón Compiladores. UAEM.
- González González, Norma.
2006 "Investigación cualitativa como estrategia de intervención y trabajo en el campo de la salud. El caso de la diabetes mellitus tipo2" En *La familia como vía de intervención para el control de la diabetes* (Primer reporte de investigación) Responsables Natalia Estenoz y Norma González G. Serie Marginación y pobreza. Cuadernos para el desarrollo social. Año 4, (9) Diciembre de 2006, Toluca Edo. De México.
- Guerrero-Romero, F., Rodríguez M. Sandoval, F.
1997 "Low prevalence of no insulin dependent diabetes mellitus in indigenous communities of Durango, México. *Archivo Médico*. (28).
- Guinsberg, Enrique.
2001 *La salud mental en el neoliberalismo*. Ed. Plaza y Valdez, México.

Guzmán, Virginia; Mauro, Amalia y Araujo, Katia.
1999 *Trayectorias laborales de mujeres. Cambios generacionales en el mercado de trabajo*. Ed. Centro de estudios de la mujer. Santiago de Chile,

Hareven, Tamara.
1978 Introduction: The historical study of the life course , Hareven T.(editor), *Transitions: The family and life course in historical perspective*, Academia Press,

Harrison, T. Randolph.
1994 *Principios de medicina interna*. Ed. Interamericana-Mcgraw-Hill, New York .

Helgeson, Vicki S. Masculinity,
1995 "Men's roles, and coronary heart disease". En *Men's healths and illness. Gender, power and the body*. Donald Sabo y Davis Frederick Gordon Ed. Sage publications. California.

Hernández-Ávila y Olaíz Fernández, G.
2002 "La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública En *Ciencia*. 53,(3),

Hiriart, Marcia.
2002 "Historia natural de la diabetes". En *Ciencia*. 53 (3),

Huerta Alvarado, Sigfrido y Peña, Florencia S.
2006 "Cuando la muerte circunda. Coincidencias de opinión entre parejas con un cónyuge con insuficiencia renal crónica en un hospital del DF, México". En *Cambio social, Antropología y salud*. Florencia Peña Saint Martin y Arturo Luis Alonso Padilla, Coord. Ed. CONACULTA-INAH-PROMEP, México.

Ibarra Castilla, Emma y Cantú Martínez, P. César
2001 "Años de vida productiva perdidos por complicaciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa. Mecnograma. IMSS-Fac. de Salud Pública y Nutrición UANL,

INEGI
(<http://www.inegi.gob.mx/est.contenidos/español/rutinas/ept.asp?t=mpob49&c=3226>). 2006
31/05/2008

INEGI.

2008 Información Estadística. Estadísticas de mortalidad.. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/ept.asp?t=est&s=3227> 05/06/2008

Jiménez Guzmán, María Lucero.

2007 "Algunas ideas acerca de la construcción social de las masculinidades y las feminidades, el mundo público y el mundo privado". En *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. María Lucero Lozano, Olivia Tena Guerrero. Coord. UNAM-CRIM, México

Karam Calderón, Miguel y Visoso Salgado, Angel.

2006 "Métodos cualitativos vs. Métodos cuantitativos. Dos enfoques que requieren integración". En *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. Norma González G. y Martha Isabel Angeles C. compiladoras. Universidad del Estado de México-Universidad de la Habana.

Kaye, Lenard. y Aplegate Jeffrey.

1995 "Men's style nurturing" En *Men's healths and illness. Gender, power and the body*. Donald Sabo y Davis Frederick Gordon Ed. Sage publications. California,

Kertzner, David.

S/f "Household and gender in a life-course perspective"
[Http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/uu10we/uu10we05.htm](http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/uu10we/uu10we05.htm).
14/02/07

Kleinman, Arthur, et. al.

1995 "The social course of epilepsia: chronic illness as social experience in interior china". En *Social Science and Medicine*, 40(10):. 1319-1330.

Lemaire, Jean G.

2003 *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. Fondo de Cultura Económica, México.

León Arteta, Osvaldo

1989 *Instrumento de evaluación familiar*. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas, México.

López Carmona, Juan Manuel.

2003 "Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2". En *Salud Pública de México* 45 (4),

López Molina, Juan.

2004 "Cultura y alimentación". En *Cuadernos de nutrición*. 26(2),

López Molina, Juan

2006 "La alimentación como elemento de integración comunitaria". En *Cambio social, Antropología y salud*. Florencia Peña Saint Martin y Arturo Luis Alonso Coord. Ed. CONACULTA-INAH-Promep, México,.

"Los hábitos poco saludables varían según el sexo y la clase social". En *El País*, España, 28/12/99.

Jaime Sepúlveda Amor, Coordinador

1994 "Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares". *De sal de dulce y de manteca*. Ssa, México

Macintyre S., Ford G., Hunt K.

1999 "Do women 'over report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness". En *Social Science Medic*, 48(9).

Mahía Vilas, Miriam y Pérez Pérez , Luisa

2000 "La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares un problema social de salud". Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

Malacara, Juan Manuel.

2007 "Nuevas perspectivas sobre las causas de la diabetes". En http://octi.guanajuato.gob.mx/gaceta/gacetaideas/archivo03012006_NOTA_EDITORIAL.pdf (12-marzo-2009)

Marion, Marie-Odile.

1990. "Lacanja Chansayab: Nuevas estrategias frente al cambio social". Documento de trabajo. INAREMAC.

Martínez Cortés, Mario.

2003 *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. Ed. Manual moderno. 2a edición, México.

Martínez Gómez, David.

S/f "El deporte como fotocopia de nuestra sociedad". En http://www.efydep.com.ar/ed_fisica/fotocopia.htm (26 de abril de 2009).

Medellín, Rodrigo.

1982. "El deterioro nutricional en las comunidades campesinas". En *Cuadernos de Nutrición*, (5).

Medline Plus,

S/f <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm&signs20%y%20examens>

Mejía Modesto, Alfonso

2007 "La diabetes, la familia y la condición de género" En *Pobreza y salud en el Estado de México: la atención hospitalaria de la diabetes*. Norma González G. Coordinadora. Ed. Miguel Angel Porrúa-UAEM-FAPYAP-COMPROMISO-CEMAPEM, México.

Mendoza Vázquez, Fernando; Velásquez Monroy, Oscar; Martín, María Antonieta; Pego Pratt, Ulises; Campero Marín, Celia Elva; Lara Esqueda Agustín; Gallegos Figueroa, Irma.

2000 "Comunicación y perspectiva de audiencias: Una investigación para la diabetes". En *Endocrinología y Nutrición*, 8(1)

Mercado, Francisco .Javier.

1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de una enfermedad crónica en un barrio urbano*. U de G. Guadalajara.

Mercado.Francisco. Javier.

1998 "El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria. La perspectiva de un enfermo con diabetes". En *Relaciones*, XIX, (74)

Mercado, Francisco Javier; Robles Silva, Leticia; Ramos Herrera, Igor; Torres López, Teresa; Alcántara Hernández, Elizabeth; Moremo Leal, Nora.

1998 "La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara". En *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. U.de G.Guadalajara

Monstesinos, Rafael.

2002 "La construcción de la identidad masculina en la juventud". En *Sociología de la identidad*. Aquiles Chiho coordinador. Ed. Porrúa/UAM, México

Moreno Altamirano, Laura.

2006 *El drama social de las personas con diabetes*. Tesis de Doctorado en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Moreno Chaparro; Sánchez Mur, Mara; Mezquita Fernández de la Cruz, Ma. Victoria; , Et. Al.

2002 Reflexiones sobre una definición de pareja. En *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. Editores, De paz Castaño Herminio y Garrido Fernández Miguel Universidad Pontificia, Salamanca.

Neira Rosas, Jaime Andrés.

2001 Ciencias sociales y salud pre-textos para el debate. *Revista austral de ciencias sociales de Chile*. (5): 127-138.

Nisebe, Mariana.

“Siete de cada diez argentinos no hacen ningún tipo de ejercicio físico” . El clarín, 22-09-2003. En www.clarín.com/diario/2003/09/22/t-627690.htm.

Ojeda de la Peña, Norma.

1987 *Reflexiones sobre la perspectiva de curso de vida en el análisis del ciclo vital familiar. (Una propuesta de estudio en el caso de México)*. UNAM-CRIM, México.

Ojeda de la Peña, Norma

1989 *El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico*. CRIM-UNAM, México.

Olaiz, Gustavo; Rojas, Rosalba; Aguilar Rauda, Carlos; Villalpando, Salvador
2007 “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de salud 2000”. En *Salud Pública de México*, 49, Suplemento 3

Oliveira de, Orlandina y Ariza, Marina

2001 *Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano*. Ed. Miguel Angel Porrúa-FLACSO, México.

OPS.

2007. “Unidad de Análisis de Salud y Estadística. Iniciativa regional de Datos Básicos en Salud. Sistema de Información” *Técnica en Salud*. Washington, D.C.

Orduz, Arturo. Diabetes. Control y prevención Vol. 2, No. 1 s/f.
En <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=glucosilada&btnGmeta=>

Paz Octavio

1985 *El laberinto de la soledad*. Fondo de Cultura Económica, México.

Pérez Bonilla; Alfonso.

S/f Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (compendio).

- Rage, Atala.
1987 *La pareja. Elección, problemática y desarrollo*. Plaza y Valdez-Universidad Iberoamericana. México.
- Ramírez Solórzano, Martha Alida.
2000 *Hombres violentos. Representaciones y prácticas masculinas sobre el padecimiento y el ejercicio de la violencia conyugal*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS, México.
- Rivera, Blanca Margarita.
2003 “Factores sociales que influyen en control en el control de los pacientes diabéticos”. Documento de Trabajo, IMSS, Sonora
- Rivera Araya, Roy y Ceciliano Navarro, Yajaira.
2004 “Cultura y paternidad. Las representaciones de los hombres en Costa Rica”. Mecnograma, FLACSO, San José
- Robles Leticia; Mercado, Francisco Javier; Ramos, Igor Martín; Alcántara / Elizabeth; Moreno, Nora Cristina
1993 “Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de guadalajara, México”. En *Salud Pública México* 37(3)
- Robles Silva, Leticia.
2003 “Género, pobreza y cuidado: la experiencia urbana de mujeres cuidadoras pobres urbanas”. En *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*, V. Nelly Salgado de Syder y Rebeca Wong. Editoras. INSP, México
- Rodríguez, Francisco.
1987 “Modificaciones de la conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento en diabéticos tipo II”. En *Revista Española de terapia del comportamiento*. 3 (5)
- Rodríguez Morán, M. y Guerrero Romero, Jesús.
1997 “Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia” En *Salud Pública de México*. 39(5)
- Rivera Araya, Roy y Ceciliano Navarro, Yajaira.
2004 “Cultura y paternidad. Las representaciones de los hombres en Costa Rica”. Mecnograma, FLACSO, San José
- Rolfs C. Borrel, Fonseca M, Do C
“Género, desigualdades y salud pública: Conocimientos y desconocimientos”. En *Gaceta Sanitaria* (14), Suplemento. 3

- Romano, Elida y Destal, Didier
1996 Las parejas de la pareja. En *Sistemas familiares*. Año 12, (2), 55-61
- Ruiz Olabuinaga, José y Ispizua, Ma. Antonio.
1989 "La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa". Mecnograma, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Salazar Cruz, Luz María.
2006 *Trayectorias de vida y estrategias de sobrevivencia. Las viudas de la violencia política en Colombia*. Tesis doctoral en Ciencia social con especialidad en sociología. COLMEX, México, 2006.
- Saz Franco, José Antonio.
2008 "Efectos del ejercicio físico en el diabético"
En www.adezaragoza.org/diabetes/index. (30 de noviembre de 2008).
- Scavone, Lucila.
1998 "Salud y género. El impacto de la mesotelioma pulmonar en la dinámica familiar". En *Salud Problemas* Año 3, (4).
1999
- Schwartz, Howard y Jerry, Jacobs.
1984 *Sociología cualitativa*. Editorial Trillas, México
- Sepúlveda Amor, Jaime. (Coordinador).
1994 Cuadernos de salud Ssa. México
- Sepúlveda Amor, Jaime. (Coordinador)
1994 *Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. De sal, de dulce y de manteca*. Cuadernos de salud (3) Ssa, México.
- Shuman, Robert.
1999 *Vivir con una enfermedad crónica*. Ed. Paidós, España.
- Stillion, Judith M.
1995 "Premature Death among males". En *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Donald Sabo & David Fredrick. Sage publications, Londres
- Sobrino, Jaime.
1998 "Desarrollo Urbano y calidad de vida". Documento de investigación. El Colegio mexicano, A.C.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana.

1996 "La formación en metodología cualitativa del programa de salud reproductiva y sociedad". En *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*". El Colegio de México, México.

Szasz, Ivonne.

1996 "la salud de la mujer" En *VIII Simposium Internacional. Humanismo: Mujer, familia y sociedad*. Mariano García V. y Angélica Pulido compiladores. México.

.Tarrés, María Luisa.

2001 "Prólogo". En *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. María Luisa Tarrés Coordinadora. Ed. Miguel Angel Porrúa-COLMEX-FLACSO, México.

Theis, Joachim.

1993. "Changing patterns of food consumption in Central Kardofan, Sudan". En *Changing food habits. Case studies from Africa, South America and Europe*. Carol Lentz Editora. Ed. Harwood academic publisher, 1993. Amsterdam.

Torres López, Margarita.

2004 *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México*. Ed. U de G, Guadalajara

Toussaint, Georgina.

2000 "Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 57(11), 657-671.

Troya, Estela

2000 *De qué está hecho el amor*. Lumen, Buenos Aires.

Tuirán, Rodolfo.

2001 "Estructura familiar y trayectorias de vida en México" En *Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica*". Cristina Gomes, compiladora. Ed. FLACSO-Miguel Angel Porrúa. México.

Tusié Luna, Ma. Teresa.

2005 "La genética de la diabetes". En *Ciencia*. (53) 3

Turner, Victor.

2002 "Dewey, Dilthey y drama. Un ensayo en torno a la antropología de la experiencia". En. *Antropología del ritual*. Geist Ingrid. Compiladora ENAH, México.

- Ullin, Priscila; Robinson, Elizabeth y Tolley, Elizabeth.
2006 Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos.
USAID-FHI-OPS, Washington, D.C.
- Underson, Christ.
1983 "Why do women care?" En *A labour of love*, J. Finch and D. Groves editores. Routledge and Kegan Paul. London
- Uribe Vázquez, Girselda.
2005 "Género y salud. Talleres Participativos. Propuesta metodológica en educación para la salud". Documento de trabajo. Universidad de Guadalajara. Guadalajara.
- Valls-Llovet, Carme.
s/f "Desigualdades de género en Salud Pública".
<http://www.caps.pangea.org/quadern/30/5valls.pdf>
- Valdez Curiel, Enriqueta.
1998 "Cuando ella está enferma. Estudio cualitativo sobre la imagen de la mujer enferma". En *Investigación cualitativa en salud*. Mercado, Francisco J. y Robles Leticia. coordinadores Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Valles S., Miguel.
2002 "Entrevista cualitativa". En *Cuadernos metodológicos* (32).
- Vela Peón, Fortino
2001 "La entrevista cualitativa: una puerta de entrada a la realidad social". En *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Coordinadora María Luisa Tarréz. Ed. Miguel Angel Porrúa-COLMEX-FLACSO, México
- Villalobos Bernal, Ernesto.
2004 "Diabetes y apoyo social; revision general y posibles líneas de investigación". En *Sýndesis*, (13),.
- Villarreal, Enrique; Montalvo Gerardo; Salinas Ana María Guzmán, J. Eduardo; Tovar Nora Hilda; Garza, María Eugenia
1996 "Costo en el primer nivel de atención". En *Salud Publica Mexico*, (38).
- Vírseda, Jose Antonio.
1995 "La elección de pareja". En *Psicología iberoamericana*. 4 (3): 47-59,
- Waldron, Ingrid.

1995 "Contributions of changing gender differences in behavior and social roles to changing gender differences in mortality". En *Men's healths and illness. Gender, power and the body*, editado por Donald Sabo y Davis Frederick Gordon. Sage publications. California