

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS

**DIABETES MELLITUS TIPO 2,
CUANDO EL CUERPO HABLA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

RAYMUNDO EZEQUIEL LÓPEZ SOLÍS

Director de tesis

Mtro. Carlos Eduardo Pérez Jiménez

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; agosto





Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
19 de agosto del 2021

C. Raymundo Ezequiel López Solís
Pasante de la Licenciatura en Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado “Diabetes Mellitus tipo 2. Cuando el cuerpo habla” en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Dr. Germán Alejandro García Lara

Mtra. Soledad Hernández Solís

Dr. Oscar Cruz Pérez

Firmas:

DEDICATORIA

A mi madre, a M. J., y a todas las personas con diabetes mellitus tipo 2

AGRADECIMIENTOS

Concluir cualquier cosa siempre había sido un gran reto para mí, y mientras escribía cada palabra, el texto hacía lo propio conmigo, ayudándome a crecer de diferentes maneras. El proceso fue extremadamente demandante, pero sin duda, muy, muy gratificante. Y aunque, fui yo quien leyó, construyó, escribió, se estresó, y un sinfín de marometas más para concluir este trabajo, la verdad es que son muchas las personas que contribuyeron a lograr esta meta.

Principalmente, me gustaría agradecer a mi madre, **Blanca Irene Solís Solís**, por todo su sacrificio, pues sin el apoyo de ella, nada de esto fuera posible. Gracias Dios por la vida de mi madre, por ella que ha abandonado completamente sus días para entregarse al éxito de sus hijos. Estoy muy orgulloso de ella, y sé que ella lo está de mí, porque este trabajo no es sólo mío, sino una de las tantas semillas que ella ha sembrado en mí. Gracias mamá, te quiero mucho.

Así mismo, me gustaría agradecer a **María José Herrera Álvarez**, mi novia y ángel guardián, por escucharme hablar tantas y repetidas veces sobre este tema y nunca aburrirse o hartarse, al contrario, por darme su opinión sincera, por comprenderme, por tener siempre una sonrisa y un abrazo para mí. Gracias por tantas cosas, no sólo por estar en el proceso de mi tesis, sino también en mi vida. Te amo.

Quisiera agradecer también, a **Beatriz, Flor e Ignacio**, así como a las demás personas que me compartieron un poco de su vida a través de una entrevista, sin duda, sus aportes son muy valiosos para la psicología en general, y posiblemente, también en la nueva forma de entender, atender y tratar a las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Agradezco considerablemente al maestro **Carlos Eduardo Pérez Jiménez**, por toda su amabilidad y buena disposición al guiarme en la elaboración de este trabajo. Él conoce desde cero el origen de todo este texto y sabe sobre las dificultades a las que me enfrenté. Le agradezco, profe, por su excelente dirección, crítica, análisis, pero sobre todo por sus consejos, por creer en mí y por el tiempo dedicado a este trabajo.

Agrego unas líneas también, para mis revisores. Agradezco mucho a la maestra **Soledad Hernández Solís**, por su disposición, apoyo y por sus interesantes observaciones; también al Dr. **Oscar Cruz Pérez**, por su tiempo, amabilidad y por todas sus sugerencias; y me gustaría agradecer también al Dr. **Germán Alejandro García Lara**, por su interés, su gran apoyo en la reestructuración de este trabajo, su disposición, su tiempo, y, sobre todo, por sus sabias palabras.

Por otro lado, la familia es un pilar muy importante para mí, y sé, con certeza, que todo esto es gracias a cada uno de ellos. A **los Solís Solís** les agradezco con todo mi ser, por alentarme, motivarme y por todas sus palabras cálidas. En especial a mi tía **Sandra Isabel Solís** y a su familia, por sus grandes acciones con un valor incalculable. A mi tío **Arturo Solís**, por colaborar con la causa. Y a mi hermana **Doreymi Karely Solís** y a mi primo **José Arturo Solís**, por interesarse en el tema, y preguntarme a diario por el progreso de este trabajo. Así también, a don **Eduardo Castellanos**, por sus interesantes debates y por todo su apoyo. Muchísimas Gracias.

Y sobre todo agradezco fuertemente a mis amigos **Alejandro Mendoza**, **Jenny Roblero** y a mi hermano **Joaquín López**, por apoyar a un amigo en crisis. Amigos, si no fuera por ustedes, posiblemente nunca hubiera concluido este trabajo.

Finalmente, doy gracias a quien se toma el tiempo de leer este apartado y toda mi tesis en general; por permitir que mis experiencias, investigaciones y conocimiento, se introduzcan y formen parte ahora de su repertorio de información. También agradezco a todo aquel que de forma indirecta contribuyó a la realización de este trabajo. A todos, muchas, muchas gracias.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA.....	17
1.1 ENFOQUE	17
1.2 MÉTODO.....	18
1.3 TÉCNICA	19
1.4 SUJETOS.....	20
1.5 PROCEDIMIENTO	22
1.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	23
CAPÍTULO 2. DIABETES MELLITUS TIPO 2, ¿ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?.....	26
2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.....	28
2.1.1 ALGUNAS ESTADÍSTICAS.....	28
2.2 DIABETES MELLITUS.....	31
2.2.1 TIPOS.....	32
2.2.2 SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	34
2.2.4 MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN MÉXICO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	36
2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO	39
2.3.1 LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO PROBLEMÁTICA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	40
2.4 DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	42
2.4.1 REPRESENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	43

2.4.2 MITOS Y CREENCIAS POPULARES RELACIONADAS CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	45
2.5 SOBRE LO PSICOSOMÁTICO. BREVE HISTORIA	46
2.5.1 DEFINICIÓN DE LO PSICOSOMÁTICO	47
2.5.2 ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	49
2.5.3 PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA, SÍNDROME CONVERSIVO E HIPOCONDRÍA	51
2.5.4 DIABETES TIPO 2 Y EXPLICACIÓN PSICOSOMÁTICA	52
CAPÍTULO 3. “SI ME VOY A MORIR, QUE SEA CON LA PANZA LLENA”	63
3.1 EL NÚCLEO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EL CÁNCER Y OTRAS PATOLOGÍAS	63
3.2 DESCONOCIMIENTO E INCREULIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD Y SUS SÍNTOMAS	71
3.3 ALCOHOLISMO Y “ANSIEDAD” POR COMER	76
3.3.1 ALCOHOLISMO	76
3.3.2 “ANSIEDAD” POR COMER	79
3.4 SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2	81
3.5 REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD	83
3.6 TRISTEZA, CULPA, SUFRIMIENTO E INTENTOS SUICIDAS	88
3.7 LIMITADA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	97
3.8 LA FUNCIÓN DE LA FAMILIA EN LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 AL MOMENTO DE AFRONTAR DIVERSAS SITUACIONES	100
3.9 OPTIMISMO Y PLANES A FUTURO	102
DISCUSIÓN	105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES	111

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una patología tan cotidiana, que se ha vuelto común que al menos un familiar, un conocido, o un vecino, tenga esta enfermedad. Esto es alarmante, sobre todo por los altos índices de mortalidad, y el creciente —casi imparable— aumento de personas diagnosticadas. Muchos estudios de corte psicológico están enfocados en las derivaciones psicopatológicas que conlleva en los sujetos; sin embargo, parece que se ha desplazado a un lugar secundario la historia de vida de la persona enferma, siendo muy probable que todo el conflicto inicie ahí, representando, a través del cuerpo, vivencias dolorosas, traumas, etcétera. Es por ello, que el presente trabajo de investigación se ha centrado en la peculiaridad, relatos y vivencias de estas personas. Tiene como principal objetivo analizar el cómo viven la enfermedad, qué dificultades enfrentan, sus sentimientos y lo que creen que les hizo enfermar. En concreto, profundizar en el cómo ellos describen y viven su enfermedad.

Este estudio de enfoque cualitativo, utiliza el método hermenéutico con el fin de interpretar la realidad de la persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para ello, se recurrió al diálogo, mediante la entrevista abierta, con tres personas enfermas de DM2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. A raíz del análisis de sus entrevistas se profundiza en las principales emociones que presentan, tales como sufrimiento, ira, culpa, tristeza, entre otras; y se da cuenta de que estas personas presentan una alta renuencia a adherirse al tratamiento médico, esto posiblemente por la forma de interpretar el “estar”, y el “ser” enfermo, y la enfermedad misma, junto con las creencias y mitos que forman parte de la construcción social en donde ellos viven.

El trabajo se divide en al menos tres secciones temáticas, de las cuales se desprenden: el referente teórico, el análisis de los resultados y las conclusiones.

En el referente teórico, el cual pertenece al capítulo 2, y lleva por título: “Diabetes mellitus tipo 2, ¿enfermedad psicosomática?”, se expone la descripción, el contexto e información sobre la

enfermedad, se analizan estudios realizados sobre el tema, y se revisan las principales propuestas psicosomáticas relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2.

En el capítulo 3, que pertenece a los análisis de resultados, se revisan a profundidad las entrevistas realizadas con las personas que tienen DM2, con la finalidad de ofrecer una mayor comprensión a las historias compartidas y los referentes teóricos utilizados. En el discurso de los entrevistados, se expresan emociones, creencias, formas de pensar y sentir, lo que se aborda a partir del proceso y la representación de enfermedad, desde la perspectiva del psicoanálisis, específicamente en la línea de lo psicosomático.

Por último, en el apartado conclusiones (que también incluye un subapartado de discusión) se da cuenta de algunos de los aspectos más relevantes considerados a partir del discurso de los sujetos, se ofrecen recomendaciones a futuros investigadores interesados en el tema, así como también, se describen las dificultades que se tuvieron para elaborar este trabajo, y, al final, se hace un breve comentario, sobre todo lo encontrado a lo largo del texto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad está adherida a la humanidad casi como una sombra, y aunque en la actualidad se cuenta con múltiples tratamientos para muchas de ellas, la verdad es que las personas aún siguen siendo muy vulnerables; para muestra de ello, la pandemia del coronavirus que vino a detener al mundo entero (sobre todo a quienes tienen una enfermedad crónica). Según el Diccionario Conciso de Psicología (APA, 2010), se define a la palabra *enfermedad* como “proceso patológico de origen orgánico confirmado, que se distingue por un conjunto característico de síntomas que pueden afectar a todo el cuerpo o a una parte del mismo y que afectan su funcionamiento” (p. 147). Y así, hay decenas de definiciones diferentes sobre la misma palabra. Lo importante a resaltar, es que hay una referencia a su organicidad que puede derivar de un agente externo al cuerpo del ser humano. Por otro lado, en muy pocas definiciones, se propone al nexo de otros eventos psíquicos del sujeto relacionados con la enfermedad. En este sentido, es importante considerar otros aspectos vinculados con la significación del cuerpo, del malestar del sujeto a partir de su relación con los otros y la cultura, en el desarrollo de esta enfermedad crónica.

Enfermedades hay de diferentes tipos, desde las más comunes, endémicas, estacionales, hasta las más extrañas y raras. Sin embargo, hay patologías que son tan cotidianas, que básicamente se vuelven el apellido de una persona, sobre todo las enfermedades crónicas. En el mismo Diccionario (APA, 2010), se entiende como *enfermedad crónica* a aquella que “persiste por un largo período. Incluye muchas dolencias y condiciones graves (...). El control de la enfermedad es importante (...); éste incluye asegurar la adhesión al tratamiento y mantener la calidad de vida” (p. 147). Acorde con la definición anterior, es importante aclarar que, para esta investigación, se delimita al concepto únicamente de “enfermedades crónicas no transmisibles” (ECNT) (algunas de ellas son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes). Las ECNT afectan tanto en lo emocional, como en lo económico, y es una problemática que sufren todas las entidades del mundo.

La diabetes mellitus es una enfermedad tan antigua, que se tienen reportes de ella desde 1500 a. C. por los egipcios. Es una enfermedad metabólica, que depende completamente de la insulina¹; y existen diferentes tipos, tipo 1, tipo 2, gestacional, etcétera. Para esta investigación, se analizará únicamente a la diabetes mellitus tipo 2, la que, según el Atlas de la Diabetes de la FID (2019), se explica de la siguiente forma:

La hiperglucemia² es el resultado de la incapacidad de las células del cuerpo de responder totalmente a la insulina; es lo que se conoce como “resistencia a la insulina”. Durante el estado de resistencia a la insulina, esta hormona no es eficaz, lo que va a derivar en un aumento de su producción en el cuerpo. Con el tiempo, se puede llegar a una producción de insulina inadecuada porque las células beta pancreáticas no cumplen con la demanda. La diabetes tipo 2 se ve con más frecuencia en adultos mayores. (...) Este tipo de diabetes puede aparecer con síntomas similares a los de la diabetes tipo 1 pero, en general, la aparición del tipo 2 es mucho menos drástica y es probable que ocurra sin síntomas. Además, suele ser imposible determinar el momento exacto de la aparición de la diabetes tipo 2. Como consecuencia, el período prediagnóstico es a menudo prolongado y es probable que entre un tercio y la mitad de las personas con diabetes tipo 2 no reciban el diagnóstico correspondiente (p.14).

En conclusión, la DM2 es una enfermedad crónica no transmisible de evolución lenta y progresiva, relacionada con la obesidad y antecedentes familiares. Modificar los hábitos diarios, como la alimentación y el ejercicio, parecen ser la base del tratamiento. Poca información es la que hay en bibliografía o artículos científicos sobre el cómo viven su enfermedad las personas con diabetes mellitus tipo 2, sus experiencias, las condiciones de vida, las relaciones con los otros, la significación de su cuerpo, qué sienten, qué emociones tienen con recurrencia, entre otros muchos datos personales y subjetivos. La mayoría de las investigaciones psicológicas relacionadas con la DM2 están vinculadas con datos estadísticos, rasgos y tests de personalidad.

¹ Hormona que se produce en el páncreas, y que provoca que las células absorban la glucosa en el torrente circulatorio y la conviertan en energía.

² Cantidad de glucosa en la sangre más alta de lo normal.

En ese sentido, es importante investigar la experiencia de vida y la subjetividad de estas personas, pues el sistema médico únicamente se ha enfocado en la enfermedad orgánica como tal. Por otro lado, el tratamiento médico está dirigido en la administración de medicamentos y en la modificación del estilo de vida; sin embargo, en el área psicológica se entiende que la afectación orgánica se relaciona con lo que el cuerpo ha significado para el sujeto, lo que en el caso específico de las personas con DM2 se plantea a partir de la relación con los otros, la melancolía y su implicación con la cultura del grupo o comunidad de la cual es miembro. La cotidianidad (el contexto de la cultura), las relaciones, pero en particular lo que es el cuerpo para sí, son aspectos de particular relevancia con la enfermedad. En otras palabras, posibles conflictos internos, que se han mantenido en el tiempo.

Por lo tanto, la pregunta de investigación de este trabajo es la siguiente: ¿cuál es la historia de vida detrás de las personas que tienen diabetes mellitus tipo 2, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad que lejos de estar controlada, cada día aumentan más sus cifras. La prevalencia para esta enfermedad en el 2019 según el Atlas de la Diabetes de la FID fue cerca de 463 millones de adultos (20 a 79 años) alrededor del mundo (esto sería algo así como si toda la población de México tuviera diabetes, y se multiplicara por 3), produciendo 4,2 millones de muertes al año, y 760,3 mil millones de USD en gastos. Se calcula que para el 2045, la cifra de personas enfermas aumente a 700,2 millones (FID, 2019).

En cuanto a México, este se encuentra en la posición número 6, de una tabla de los 10 países por cantidad de adultos con diabetes en 2019, con aproximadamente 12,8 millones de personas enfermas, tan sólo por debajo de China, India, Estados Unidos, Pakistán y Brasil, y se cree que México cuenta con 4,9 millones de personas con diabetes sin diagnosticar (FID, 2019), lo cual es alarmante, pues esta enfermedad es progresiva y degenerativa.

En Chiapas, y en específico, Tuxtla Gutiérrez, no se cuenta con datos oficiales actualizados sobre la epidemiología de esta enfermedad, aunque sí se sabe que no están dentro de las 5 entidades en México con mayor índice de casos (INEGI, 2018).

Por otro lado, en cuanto a legislaciones en México, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 define los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la prediabetes y diabetes mellitus. Menciona que, en su estrategia, la diabetes debe ser prevenida, o al menos retardar su aparición. Más específicamente, está dirigida al control de peso, la actividad física y la alimentación saludable. Sobre el tratamiento, este tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad (SSA, 2010).

Sobre instancias gubernamentales, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con el programa MIDE (Manejo Integral de Diabetes por Etapas) que ofrece revisión por médico general y familiar, médico dentista,

médico diabetólogo, coordinador de cuidado, nutriólogo, educador físico, y trabajador social o psicólogo; y el programa educativo AMARTE VA, basado en los 7 comportamientos de autocuidado: alimentación saludable, mantenerse activo, reducir riesgos, tomar medicamentos, encontrar soluciones, vigilar los valores y adaptarse saludablemente. En conclusión, el foco de acción se dirige desde el modelo médico, y sólo de ser necesario, al psicólogo o al trabajador social, y sobre esto último, no hay distinción entre el papel de uno y del otro. En definitiva, el rol profesional del psicólogo es completamente minimizado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con medidas de atención, prevención y promoción de la salud, para personas con diabetes mellitus tipo 2. Los derechohabientes pueden acudir a los módulos de enfermería de PREVENIMSS para la detección oportuna y en el caso de padecer la enfermedad, se les derivará a las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales, para que realicen actividades como bailes, yoga, etcétera. En cuanto a las actividades lúdicas (como bailar), estas surgen por la idea de que la diabetes se combate con la activación física, pero no se toma en cuenta el por qué algunas de las personas con DM2 no tienen la motivación para realizar tal actividad. Muchas de las veces, las personas con el diagnóstico asisten a estas reuniones, pero con el único fin de mantenerse dentro de algún programa gubernamental para recibir apoyos, más que impulsadas o preocupadas por recuperar su salud.

Algunas instituciones no gubernamentales encargadas de la educación y capacitación, así como generar impacto social, prevención y promoción sobre la diabetes en México son: la Federación Mexicana de Diabetes (FMD) y la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD). Sin embargo, no existe como tal, una institución psicológica dirigida únicamente (o dentro de sus actividades), a tratar a las personas con DM2. Aparte, la mayoría de las instituciones están enfocadas en lo orgánico de la enfermedad, dejando de lado o al menos considerando otras perspectivas disciplinares y metodológicas de atención a este tipo de pacientes.

En esa línea, el papel del psicólogo en México, referente a la diabetes, tiene que ver con la mediación para ayudar al paciente con la aceptación de su diagnóstico, la adquisición de nuevas conductas o modificación de hábitos, control y manejo del estrés, la ansiedad y la depresión (FMD, 2015). Sin embargo, se sigue manteniendo el tradicional modelo médico al tratar a la

enfermedad, y no tanto, la importancia de analizar la subjetividad de las personas. El psicólogo debe ir más allá de la resiliencia y la psicoeducación, porque, como mencionan González y Oropeza (2016), las intervenciones médicas se limitan únicamente a educar a las personas con esta enfermedad; sin embargo, a pesar de que la adquisición de conocimiento sobre la patología es favorable, los cambios relacionados con el tratamiento no perduran en el tiempo. El psicólogo tiene un rol de particular relevancia en el proceso de atención al malestar psíquico del paciente, para ello, debe tomar en cuenta, la historia de vida de la persona, sus introyecciones, sus pensamientos, etcétera.

Es verdad que la DM2 conduce a la muerte, sin embargo, lo que apresura este proceso es la condición psíquica del sujeto, sus creencias, su significación sobre el cuerpo, las relaciones, entre otros aspectos. Esta investigación está enfocada en analizar la historia de vida de las personas con esta patología y con ello exponer que el tratamiento de la DM2 inicia desde la subjetividad de la persona. Se entiende entonces que el papel del psicólogo no sólo es coadyuvante, sino debería estar casi al nivel médico, nutriólogo y endocrinólogo. Por otro lado, las personas con DM2 se beneficiarán de esta investigación, pues se pretende abandonar el modelo enfermedad-medicamento, y dar mayor relevancia al “paciente” al profundizar en el componente psíquico de su malestar.

Por último, al no adherirse al tratamiento, las personas con DM2 recurrirán a terapias alternativas, tendrán descontrol en su glucosa³ y, posiblemente, desarrollarán complicaciones (lo cual es un problema social, por el impacto psicológico que genera al individuo, y a su grupo primario; así como por el alto costo económico que causa tener una enfermedad crónica), entonces, de no modificar todo lo anterior, se puede producir la muerte prematura de estas personas.

³ Conocida también como dextrosa o azúcar en sangre. Es el azúcar principal que el cuerpo absorbe, usa como forma de energía y almacena para su uso futuro. La glucosa es la principal fuente de energía para las células vivas y se transporta a cada célula a través del torrente circulatorio. Sin embargo, las células no pueden usar la glucosa sin la acción de la insulina.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar las historias de vida y el curso de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus tipo 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer las vivencias en el desarrollo de la enfermedad en una persona con diabetes mellitus tipo 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Distinguir las manifestaciones de un posible malestar psíquico en la historia de vida de una persona con diabetes mellitus tipo 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Describir la adherencia al tratamiento terapéutico de una persona con diabetes mellitus tipo 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1.1 ENFOQUE

Para analizar la historia de vida, y el curso de la enfermedad en algunas personas con DM2, este trabajo de investigación se realizó desde el enfoque cualitativo. Este, se caracteriza por comprender la realidad desde el punto de vista personal de quienes están siendo estudiados. Es así, que el investigador podrá entender e interpretar la realidad del otro; aunque esto no sea una tarea sencilla, pues no puede separarse por completo de su propia historia, creencias y personalidad, y, por otro lado, de lo complejo de analizar los fenómenos humanos (Castillo y Vásquez, 2003). Muchas veces, pareciera que lo que importa de la persona con DM2 es su enfermedad, dejando de lado algunas características importantes, a las cuales sólo se puede acceder escuchando a los individuos.

El investigador cualitativo se apoya de técnicas como la entrevista y la observación, en donde obtiene datos descriptivos del fenómeno estudiado. La investigación puede ser etnográfica, de campo, interpretativa, observación participativa, entre otras (Quecedo y Castaño, 2002). En pocas palabras, quien elige este enfoque, deja de lado lo estadístico para sumergirse en el mundo interno de los sujetos.

A las personas con diabetes mellitus tipo 2, se les ha estudiado como a un objeto, y pocas veces se le ha dado valor a la expresión de su malestar psíquico o a su historia de vida, que, sin duda, es ahí, en donde se podría encontrar el porqué de la poca adherencia a su tratamiento médico. Es por ello, que:

La investigación cualitativa utiliza como datos las representaciones y los discursos obtenidos en condiciones rigurosamente diseñadas para llegar, mediante el análisis y la interpretación de las unidades de sentido (estructuras semánticas) identificadas en ellos,

al origen y significación de las analogías (metonimias y metáforas) utilizadas para elaborarlas, (...) es decir, al del proceso de la simbolización (Pérez, 2002, p. 374).

La persona con DM2 tiene un significado de la enfermedad y de su representación sobre estar enfermo, por ello, se hace énfasis en que, es importante comprender todo lo que rodea a la persona, y no sólo a la enfermedad.

1.2 MÉTODO

Para cumplir con los objetivos de este trabajo, se recurrió al método hermenéutico, pues resulta de interés, no sólo lo que la persona con DM2 expresa mediante su discurso, sino también comprender qué hay más allá de la simple descripción de su enfermedad.

El método hermenéutico se considera como el arte de la explicación, la traducción y la interpretación (Gadamer, 2001) que, si bien, al inicio de esta práctica estaba más relacionada con la interpretación de las santas escrituras, el método como tal, en la actualidad, es de gran utilidad en las ciencias sociales.

En la Antología de Hans-Georg Gadamer (2001) se menciona que, la hermenéutica: Es el único arte cuyo oráculo debe considerarse decisivo o se acoge con admiración porque puede comprender y exponer algo que está reservado: un discurso extraño o incluso la opinión no expresada del otro (p. 58).

Tratar de dar una explicación al discurso del entrevistado, es complejo, de lo que se trata es de comprender lo que expresa, tratar de entender por qué está diciendo lo que está diciendo; en otras palabras, basarse en el saber de alguna teoría psicológica. No es explicar lo que dice la persona, sino demostrar por qué lo dice, o desde dónde lo dice. Como muy acertadamente menciona Gadamer (2001) “no solo se posee el arte de la interpretación, sino que se sabe justificar teóricamente” (p. 58). No sirve de mucho mostrar a qué se refiere la persona cuando habla sobre su enfermedad, sino comprender su malestar, para ello, ámbitos como los

relacionales, los familiares y el pesar psíquico que ello conlleva, son aspectos centrales de dicha indagación.

1.3 TÉCNICA

La técnica empleada para analizar la historia de la enfermedad en personas con DM2 de este trabajo fue la entrevista no estructurada. En este sentido, la entrevista abierta (no estructurada) tiene como fin específico explorar todas las opciones para extraer la mayor cantidad de información de los entrevistados, así como también indagar en áreas de importancia que tal vez no fueron consideradas previamente y permite al entrevistador guiar, modificar y redireccionar la entrevista en mayor medida con base a sus necesidades (SEMAR, 2010).

La entrevista no sólo comparte el discurso de la persona entrevistada, sino que, además, agrega una serie de comunicación no verbal, que debe ser considerada en la recolección de datos, como se menciona a continuación:

Las respuestas de una persona pueden revelar contenido manifiesto y latente: el primero es el obvio y corresponde a la información hablada de la entrevista, a lo que la gente dice, mientras que el segundo representa la información menos obvia o más oculta, patentizada en las dudas al responder y en las respuestas no verbales (como evitar el contacto visual, los gestos nerviosos o la inquietud), e indica lo que quiere decir una persona (Sommer y Sommer, 2001, citados por SEMAR, 2010, p. 32).

La entrevista no estructurada, por sus propias características, permite profundizar sobre aquello que, a veces, surge de manera esporádica en la conversación. Por otro lado, quedarse únicamente con las palabras dichas, es limitante, ya que, con frecuencia, no transmiten mucho, o no coinciden con lo que la persona piensa o siente en ese momento. Es así que, la intención o la emoción con la que se expresa una persona, es un punto de interés, y será importante indagar en ello. El énfasis con el que se dice una palabra, repetir o remarcar una situación, llorar, o quedarse callado, pensativo, e incluso omitir una respuesta o desviar la conversación,

es información que debe ser tomada en cuenta. Si bien se realiza el trabajo a partir de la aplicación de entrevistas abiertas, durante el proceso de investigación fue evidente la reiteración en el planteamiento de ciertas preguntas que de manera general formaron parte de la interacción con los sujetos.

Algunas preguntas de la entrevista de este trabajo fueron:

1. ¿Cómo era tu vida antes de estar enferma (o)?
2. ¿Qué te hizo ir al médico?
3. ¿Qué sentiste cuando te dijeron “eres diabética (o)”?
4. ¿Cómo relacionas tu historia de vida con estar enfermo de DM2?

1.4 SUJETOS

En un primer sentido, esta investigación estaba enfocada en el posible vínculo entre las enfermedades crónicas y algunas alteraciones psicológicas en cualquier persona que tuviera una enfermedad crónica; sin embargo, el acceso a esa población en general (por la diversidad de enfermedades crónicas) es complicada, y más aún, si no se tiene relación laboral o participativa con algún hospital. Es por ello, que se decidió trabajar únicamente con personas que tuvieran DM2, puesto que es una realidad cotidiana en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En esa misma línea, como se menciona en el apartado “Diabetes”, esta enfermedad tiene una alta tasa de incidencia en adultos, sobre todo aquellos mayores de 45 años. Las personas que fueron entrevistadas para esta investigación tienen un rango de edad de entre los 40 hasta los 68 años. Posterior a ello, otro dato sobresaliente fue que, a mayor tiempo con la enfermedad, mayor aportación daban las personas sobre características y descripciones de la patología, entonces se descartó a aquellos que tuvieran menos de cinco años con la enfermedad (pues fluctúan entre la ausencia de síntomas y el poco interés por la patología, o sea, ellos mismos se autodenominan “no enfermos” y por lo tanto no les gusta hablar sobre ese tema).

Las mujeres, son quienes representan una mayor población con esta enfermedad. Es así que, para efectos de esta investigación, después de filtrar las entrevistas (más de 15), sólo quedaron dos personas con estas tres características: ser mujer, tener más de 5 años con la enfermedad, y ser mayor de 45 años.

Para un resumen de las características de las personas tomadas en cuenta para esta investigación, se despliega la siguiente lista:

- Ser mujer.
- Tener más de 45 años de edad.
- Tener el diagnóstico de DM2.
- Tener más de cinco años con el diagnóstico.

A solicitud de los entrevistados se sustituyó su nombre, con el fin de resguardar su identidad y posible estigmatización. Es así que se presenta a Beatriz y a Flor, como las protagonistas de esta investigación (y como dato extra, se consideró a Ignacio, por ser la pareja de Flor, para comparar la experiencia de un hombre, junto a una mujer, mientras transitan por la enfermedad).

Quien aportó mayor información a la investigación, fue Beatriz, pero por nada en particular, sino porque fue con ella, con quien se realizaron más entrevistas, hasta un número de cuatro sesiones, mientras que, con Flor e Ignacio, fueron sólo dos entrevistas (no se pudieron realizar más entrevistas debido al agravamiento de la enfermedad de Flor, motivo que la llevó a la defunción). Entonces, fue que se decidió, que este trabajo, se orientara particularmente con Beatriz, pero agregando información significativa de Flor e Ignacio.

La descripción de las personas entrevistadas, es la siguiente:

- Beatriz, es una mujer de 45 años, madre soltera de dos hijos (actualmente mayores de edad), fue alcohólica, ha tenido dos intentos de suicidio, no tiene un trabajo estable, tiene diabetes mellitus tipo 2 desde los 35 años aproximadamente, es residente de la

ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Era obsesa, actualmente tiene sobrepeso, no realiza ejercicio, tiene hipertensión arterial y poca adherencia al tratamiento médico.

- Flor (62 años, fallecida), fue esposa de Ignacio, tuvo 25 años con diabetes mellitus tipo 2, tenía cirrosis hepática (hígado graso), no tuvo adicciones, sufrió un posible episodio depresivo en algún momento de su vida, mantenía un estricto manejo de su enfermedad por motivo de su hígado graso.
- Ignacio, fue esposo de Flor, tiene 68 años de edad, y 11 años con la enfermedad. Fue alcohólico y tiene muy poca adherencia a su tratamiento médico.

1.5 PROCEDIMIENTO

La recolección de datos se realizó contactando a jóvenes de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, de la licenciatura en psicología, del turno vespertino. A través de ellos, se invitó a sus padres, familiares o algún conocido que tuviera DM2 y que quisiera participar en una entrevista con fines de investigación. Alrededor de entre 10 a 15 personas diferentes accedieron a la entrevista.

Luego del contacto, las entrevistas se realizaban en el domicilio de las personas, casi siempre como una plática, en donde muy rara vez intervenía el investigador, sólo para redireccionar la conversación al tema de interés que, en este caso, es la DM2.

Algunas de las dificultades presentadas durante el procedimiento, fue la poca o nula experiencia del investigador para recabar información significativa (rellenando el tiempo de las entrevistas, algunas veces, con temas irrelevantes), así como no tener una idea clara sobre la investigación a realizar.

En el caso particular de Flor., se tuvieron que discontinuar las entrevistas, porque empeoró con su enfermedad, motivo que la llevó a perder la vida. Ella ya había presentado una crisis algunos años antes de la entrevista, y al momento de conversar con ella, se encontraba aparentemente bien, siendo muy estricta con su tratamiento. Es por ello, que no hay mucha

información sobre su caso, sin embargo, lo poco que aportó, es de muchísimo valor, pues era una persona con más de 25 años con DM2. Aprovecho este espacio para agradecer, donde sea que ella se encuentre, por contar su historia de vida con esta enfermedad, y por regalar un poco de su tiempo tan valioso. Descanse en paz.

Por consiguiente, las entrevistas con Ignacio, también se tuvieron que descontinuar, pues él se encontraba en duelo por su pérdida; sin embargo, las dos entrevistas que dio, fueron suficientes, para saber cómo vive un hombre la diabetes mellitus tipo 2, así como también, el valor y el soporte que puede brindar la pareja durante esta enfermedad.

Por otro lado, las otras 12 personas entrevistadas, fueron descartadas, por no cumplir los requisitos para la investigación final.

En cuanto a Beatriz, las entrevistas concluyeron por dos razones; la primera, porque la información que brindaba comenzó a ser repetitiva, o daba la sensación de que ya no había nada más por explorar. La segunda causa, fue el tiempo límite establecido para la recolección de la información.

1.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis de la información se recurrió a los siguientes pasos: a) Transcripción. b) Fragmentación de las transcripciones por citas/unidades de análisis. c) Categorización de las unidades de análisis. d) Agrupación de las categorías. e) Elaboración de las metacategorías y, f) Elaboración de los mapas semánticos (Muñoz y Sahagún, 2017).

- a. Transcripción. El proceso de transcripción de las entrevistas de audio a texto, se realizó con ayuda de la aplicación *Grabadora de voz* incluida en el celular, en donde se permite modificar la velocidad del audio, alentándola a 0.5x, y regresando la pista cada 10 segundos para recuperar aquello que no se había alcanzado a escuchar. Se transcribieron todas las entrevistas, cada una de ellas en un documento de *Word* por

separado, agregando la fecha, el número de entrevista y el nombre del entrevistado. Se agregó el tiempo, cada 10 segundos en texto para tener referencias en el futuro, se puso en negritas los nombres de los participantes, y al finalizar la transcripción, se procedió a corregir los errores ortográficos, a darle estructura al texto, y convertirlos en documentos PDF.

- b. Fragmentación de las transcripciones por citas/unidades de análisis. Posterior a lo anterior, se recurrió al uso del programa informático *ATLAS.ti*, para importar las entrevistas en formato PDF. Cada una de las entrevistas seleccionadas, fue seccionada por ideas o citas. A cada una de ellas se le ponía un título que englobara la idea principal, para que, en el siguiente paso, la categorización fuera un poco más sencilla. En esta parte, el texto se relee muchas veces, pues hay ideas, que están conectadas unas con otras, y también, para poder tratar de comprender lo que el entrevistado está exponiendo. Es en este apartado, donde salen a relucir, muchos de los detalles, no observados, o, en este caso, escuchados, al momento de la entrevista frente a frente.
- c. Categorización de las unidades de análisis. Una vez concluida la fragmentación de las citas, se continúa en el mismo programa, pero en el apartado “redes”. Se importan las citas, de 10 en 10, para su agilización, pero únicamente aparece el título antes dado. Al final se vuelve una sopa de “títulos”, y se ordenan por similitud o tema parecido. El proceso no es difícil, sin embargo, se requiere de cierta habilidad para ir embonando cita por cita.
- d. Agrupación de las categorías. Cuando los títulos están ordenados en fila, se conoce como agrupación de categorías. Se suele creer que ya todo está terminado, pero cuando se revisan las citas incluidas en los títulos, muchas veces se “categorizó” erróneamente o con un título que nada tenía que ver con idea principal, y se tiene que reacomodar en otro apartado. Esto se vuelve tedioso, pero ayuda a saber que grupos sí tienen utilidad, y cuáles se van a desechar. Cuando todo está organizado de forma correcta, y se han filtrado sólo los grupos relevantes, se pasa a la siguiente etapa, las metacategorías.
- e. Elaboración de las metacategorías. A los grupos apilados de títulos o de citas, se les pone un nombre que abarque en general el tema por el cual se han aliado.

- f. Elaboración de mapas semánticos. Se organizó la información contenida en las metacategorías en una secuencia lógica que ayudara a elaborar el texto escrito en el capítulo de análisis de los resultados.

CAPÍTULO 2. DIABETES MELLITUS TIPO 2, ¿ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?

La diabetes mellitus tipo 2 es, primeramente, una enfermedad médica. Teniendo esto en consideración, se justifica porque esta línea —la biomédica— es la que está al frente de ofrecer una explicación y solución a esta patología. Recientemente se le ha permitido a la psicología (a través de la psicología clínica, tanatología, psicología paliativa y psicología de la salud), formar parte del grupo de especialistas secundarios, para dar un tratamiento integral a quienes viven con esta enfermedad; sin embargo, en cuanto a investigaciones psicológicas se refiere, se ha dejado de lado el interés psicopatogénico de la DM2, esto porque se ha tomado como única explicación a la fuente biomédica.

La mayoría de las investigaciones psicológicas relacionadas con este tema no son determinantes, ni concluyentes. Esto quiere decir que algunas problemáticas psicológicas vinculadas con la diabetes no se han podido explicar del todo (¿existen rasgos de personalidad específicos en las personas que tienen diabetes?, ¿cómo entender la adherencia médica?, entre otros temas), pues los hallazgos son mínimos y se requieren más estudios sobre ello, ya que la mayoría están dirigidos a probar técnicas y terapias, y no tanto cómo influyen los procesos psicológicos en el desarrollo de la enfermedad. Muestra de ello, son los siguientes ejemplos, en Etapas del duelo en diabetes y control metabólico, se concluye que la etapa del duelo menos encontrada fue la de negación (Rodríguez *et al.*, 2015), cuando se supone debería ser la mayor encontrada pues es la que se relaciona con la poca adherencia al tratamiento y con la depresión; la explicación fue que el instrumento utilizado para medir las etapas del duelo posiblemente no fue el indicado. Por otro lado, en la tesis de grado Intervención conductual basada en salud móvil para personas que viven con obesidad y diabetes tipo 2: Un estudio piloto, se utiliza un método conductual en tres pacientes, para que se apeguen al plan de alimentación, aumenten su actividad física y con ello reduzcan sus niveles de glucosa. El estudio fue exitoso y los cambios se mantuvieron por al menos un mes, sin embargo, se reporta que, en una, de los tres

pacientes “no se observó una disminución sistemática en los valores de HbA1c [glucosa en sangre]” (García, 2020, p. 35). Se concluye, en ese texto, que, posiblemente —a pesar de la reducción de peso, que era el objetivo—, este acontecimiento se deba al consumo de ciertos alimentos altos en carbohidratos que la paciente no reportó.

Con ello, no se pretende criticar, evidenciar, devaluar, ni cualquier otra intención que se pueda malinterpretar, al contrario, es agradecer a estos investigadores por sus valiosísimas aportaciones, sin embargo, el motivo de citarlos, es demostrar que quedan algunas preguntas después de leer sus investigaciones. Por ejemplo, ¿qué pasó con esa paciente que tuvo un aumento en su glucosa?, ¿por qué no pudo seguir las indicaciones?, ¿no las comprendió, fue incapaz de controlar sus deseos, o simplemente no le importa su salud?

Aunado a ello, el interés de los investigadores casi siempre se dirige al postdiagnóstico, o sea, a todo lo que ocurre con la persona después de que desarrolla la enfermedad. Algunos temas tales como: etapas del duelo, resiliencia, afrontamiento, etcétera, son de muchísima utilidad en el manejo de la afección; sin embargo, no son exclusivos de la DM2, ya que se pueden observar también en otras enfermedades. Además, los participantes de estas investigaciones casi siempre son personas que tienen cierto control sobre su enfermedad y que son constantes con sus citas en los centros médicos —por eso las eligen, porque están en la base de datos—, pero hay que recalcar que la DM2 es una enfermedad que se caracteriza por mantener a sus enfermos lejos del tratamiento médico (poca adherencia terapéutica) (*vide infra* p.39).

El poco interés psicológico en este tema, ha creado un vacío teórico y explicativo sobre el desarrollo de la DM2 en algunos individuos. La visión médica deshumanizó a las personas y patologizó sus emociones, separando a la psique del soma, enfocándose en tratar al cuerpo enfermo y no a la persona. Entonces, antes de tratar de dar respuesta sobre si la DM2 es una enfermedad psicosomática (o si tiene relación con este tema), es importante revisar las características propias de este padecimiento.

2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

El ser humano, inmerso en su cotidianidad, ha normalizado a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como parte de su ambiente. Sin embargo, las ECNT son el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud. Esto se debe a diferentes factores, como: la excesiva cantidad de personas con alguna enfermedad de este tipo, costo elevado de su tratamiento, la enorme contribución a la mortalidad, y así, por mencionar algunos ejemplos (Córdova *et al.*, 2008). Las ECNT, son por sí mismas un gran reto. A pesar de ello, en la actualidad, y con la llegada del coronavirus, queda de manifiesto lo vulnerable que puede llegar a ser una persona con una ECNT. Por eso, es de vital importancia fijar la atención en tratar de solucionar esta problemática, con el fin de evitar posibles riesgos en el futuro.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Siendo las más importantes el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Estas enfermedades, se caracterizan por no ser producidas por un patógeno, y su desarrollo se les atribuye a factores como la genética, el estilo de vida, entre otros.

2.1.1 ALGUNAS ESTADÍSTICAS

Las estadísticas en México por desgracia no son tan actualizadas, tomando como referencia datos oficiales desde el 2012 en muchos artículos científicos. La pandemia del coronavirus detuvo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), así como la recolección de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que hubieran servido para tener una realidad más óptima de lo que está ocurriendo con las ECNT en México. Es así, que los datos más actualizados sobre mortalidad que fueron encontrados, corresponden al diseño conceptual de la ENSANUT 2018, que dice lo siguiente: “Desde hace poco más de 20 años las enfermedades crónicas no transmisibles, pasaron a ocupar los primeros lugares como causas de muerte general: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (1er, 2do y 3er lugar, respectivamente)” (Secretaría de Salud, 2000, citado por INEGI, 2019, p. 101).

Por otro lado, el INEGI, en su comunicado de prensa N. 538/19 del 31 de octubre del 2019 (que hace referencia a datos del 2018) dice lo siguiente: “Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son: enfermedades del corazón (149 368, 20.7%), diabetes mellitus (101 257, 14%) y tumores malignos (85 754, 11.9%)” (INEGI, 2019, p. 2).

(Entre estos dos documentos discrepan los lugares que ocupa cada enfermedad, sin embargo, lo relevante, es que no importa cuál se tome en cuenta, estas enfermedades se ubican entre los tres primeros lugares). En suma, las tres principales causas de muerte en México, por enfermedades crónicas no transmisibles es de, 46.6% de todas las muertes registradas en 2018, o sea, cerca de la mitad de todas las muertes ocurridas en un año, se deben a enfermedades que pudieron ser prevenidas o por lo menos, controladas.

La diabetes, es una ECNT que ha ido en aumento, y que, en la actualidad, afecta a todo el mundo. Pero, aunque comparte definición y factores de riesgo con otras ECNT, habría que reevaluar si pertenece a esta categoría: “crónica”; no tanto por el significado de la palabra, pues la definición antes dada es muy acertada y correcta, sino porque, en el vínculo: “tumor maligno/enfermedad del corazón/diabetes”, esta última, pierde impacto social en lo simbólico, pues, en otras palabras, no es lo mismo recibir el diagnóstico de cáncer que, de diabetes; y es complicado saber a qué se debe esto, siendo que sus números son muy crudos, y sorprendentemente —aunque no es transmisible—, la diabetes se ha vuelto una pandemia. La ENSANUT, en su presentación de resultados del 2018, dice que:

... en México somos cerca de 126.3 millones de personas. Ocupando el 65.4% los jóvenes-adultos, a partir de 20 años en adelante. De ellos, 8.6 millones de personas tienen diabetes (representando el 10.3%); siendo las mujeres, quienes mayormente son diagnosticadas (11.4%) (INEGI, 2018, s-p).

Sin duda, los datos son alarmantes, sin embargo, la realidad es mucho peor. Los datos obtenidos son sólo de personas que ya conocen su diagnóstico, y que aparte de eso, fueron

tomadas en cuenta a la hora de aplicarse la encuesta, por lo tanto, son solamente una estimación. Existen muchas personas, que desconocen si tienen diabetes —específicamente de tipo 2—. Según el Informe Mundial Sobre la Diabetes los casos de diabetes mellitus tipo 2 sin diagnosticar varían mucho. Datos de siete países informan que del 24% al 62% de las personas que tienen diabetes, no han sido diagnosticadas, ni tratadas (Gakidou et al., 2011, citado por la OMS, 2016), esto es complicado porque quien no conoce su problema, no puede ser tratado, progresando en la enfermedad, llegando tarde y con complicaciones a la asistencia médica, sobrecargando los centros de salud, pasando desapercibido en los datos estadísticos y, por lo tanto, siendo ignorado a la hora de elaborar un plan de prevención y complicando su recuperación.

Por otro lado, la diabetes —tipo 2— es una enfermedad progresiva, pero que no comienza desde que se adquiere el diagnóstico, sino que desde mucho antes: con la historia de vida, el simbolismo adquirido (mitos y creencias de la comunidad, experiencias propias), la actitud ante diferentes circunstancias (sedentarismo, alcoholismo), el comportamiento diario (mala alimentación), siendo todos estos, una manifestación ya, de la enfermedad y no tanto esferas separadas que, en mezcla, desarrollan la diabetes —tipo 2—. La ENSANUT, en su diseño conceptual del 2018, comenta lo siguiente:

La diabetes es el resultado de un proceso iniciado varias décadas antes. La mayoría de los casos tienen otros miembros de su familia afectados. Un alto porcentaje [de personas] tiene en los primeros años de la vida adulta concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico. Años más tarde, puede aparecer la hipertensión arterial. Con el paso del tiempo, la concentración de glucosa en sangre aumenta: inicialmente después de los alimentos y, años más tarde, aún en el ayuno. A la combinación de tres o más de estas anomalías, se le conoce como “el síndrome metabólico”; su presencia es sinónimo de un alto riesgo de tener diabetes (y en la población con diabetes, infarto del miocardio) a mediano plazo. Años después, la concentración de glucosa de ayuno supera el umbral considerado para el diagnóstico de la diabetes (mayor o igual a 126 mg/dl); con ello, aparece la probabilidad de sufrir las

complicaciones crónicas de la enfermedad (Aguilar *et al.*, 2005, citado por el INEGI, 2019, p. 101).

Se entiende entonces que, la diabetes es una enfermedad metabólica, que se desarrolla por múltiples factores. El síndrome metabólico, que es, por sí mismo, asintomático, puede aparecer antes de la enfermedad, o después de esta, complicando la patología y siendo un sinónimo de alto riesgo de infarto al miocardio; el síndrome metabólico es, posiblemente, el resultado de una historia de vida inadecuada —enfaticando, cuando no es consecuencia de otra patología—.

El concepto “diabetes”, podría causar confusión, y es por ello, que es importante definir, y dejar en claro que, para tema de esta investigación, la diabetes que se tomará en cuenta, es la de tipo 2, aunque hay otros tipos de diabetes mellitus.

2.2 DIABETES MELLITUS

La diabetes, como se menciona en el párrafo anterior, es una enfermedad metabólica, o sea, tiene que ver la destrucción y absorción de los alimentos (específicamente con la regulación de la glucosa), no obstante, en algún momento ese proceso falla, alterando las sustancias que están dentro del cuerpo, y que, con el tiempo, mantener esos niveles descompensados afectarán gravemente a la persona.

Según el boletín de la Secretaría de Salud (2010) la diabetes es una enfermedad crónica grave que se desencadena cuando el páncreas⁴ no produce suficiente insulina (...), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (citado por Ramos, del Rocío y Álvarez, 2019, p. 2).

La insulina, es una hormona, que es muy importante para mantener bajo control a la diabetes, la produce el propio cuerpo cuando el páncreas funciona correctamente, y también, se puede

⁴ Órgano situado detrás del estómago que produce varias hormonas importantes, incluida la insulina.

conseguir de forma sintética. Básicamente, la diabetes gira en torno a esta sustancia. Jiménez y Dávila (2007) mencionan que:

... la insulina es una proteína producida por el páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa de la comida. Esta proteína transforma el azúcar, el almidón y otros compuestos orgánicos provenientes de la comida en la energía necesaria para el funcionamiento del cuerpo. Si la glucosa no puede entrar a las células y tejidos que la necesitan, se acumula en la sangre y produce una serie de efectos negativos en el cuerpo. Aunque no hay una causa identificada para la diabetes, factores genéticos y ambientales tales como los genes DR-3 y DR-4, obesidad y falta de ejercicio, respectivamente, aparentan contribuir al desarrollo de la misma (p. 127).

Una vez entendido lo anterior, se puede creer que es muy sencillo controlar la diabetes, pero, entonces, ¿por qué aún no se ha logrado? La respuesta a esta pregunta, tal vez se encuentre cuando se describan los tipos de diabetes, siendo en la de tipo 2, donde hay un mayor porcentaje de casos diagnosticados, y también un mayor número de personas con poca adherencia al tratamiento médico.

2.2.1 TIPOS

En la actualidad existen diferentes tipos de diabetes, pero comúnmente se clasifica en cuatro categorías: tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional y, como causa secundaria de otras patologías.

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2), con frecuencia son confundidas entre sí, porque los síntomas son muy parecidos. Pero la de tipo 1, regularmente inicia en etapas tempranas de la vida y es más agresiva en un corto lapso de tiempo, puede producir cetoacidosis diabética⁵ y provocar la muerte en pocas horas, si no se le presta la atención debida.

⁵ Trastorno metabólico complejo que ocurre cuando el hígado descompone la grasa a una velocidad excesiva. El subproducto de este proceso, los cuerpos cetónicos, pueden hacer que la sangre se vuelva peligrosamente ácida.

La OMS (2016) explica que:

...la diabetes de tipo 1 (a la que antes se le llamaba diabetes insulino dependiente, diabetes juvenil o diabetes de inicio en la infancia) se caracteriza por la producción deficiente de insulina en el organismo. Las personas con este tipo de diabetes necesitan inyecciones diarias de insulina para regular la glucemia⁶. Sin acceso a la insulina no pueden sobrevivir (...). Los síntomas son la diuresis y la sed excesiva, el hambre incesante, el adelgazamiento, las alteraciones de la vista y el cansancio (p. 11).

No se conocen con exactitud las causas de la diabetes tipo 1. La creencia general es que este tipo de diabetes obedece a una interacción compleja entre los genes y factores ambientales, aunque no se ha demostrado que ningún factor ambiental en particular haya causado un número de casos importante. La mayoría de los casos de diabetes de tipo 1 se producen en niños y adolescentes (OMS, 2016).

La diabetes mellitus tipo 1, en esta investigación, no será tomada en cuenta, pues representa la “verdadera enfermedad”. En otras palabras, la DM1 “es”. La persona que tiene este diagnóstico, no puede huir de ello, y no hay nada que pueda modificar para evitar la enfermedad; los síntomas son más graves y, por consiguiente, el buen manejo de la enfermedad es obligatorio, porque si no, podría producir la muerte muy rápido. Con esto, no se da a entender que la diabetes mellitus tipo 2 no sea una enfermedad real, más bien, se hace alusión, a que, en la DM2, el sujeto tiene mayor control —aparentemente— sobre la prevención y el manejo de su enfermedad.

En conclusión, la diabetes mellitus tipo 1 es más frecuente de inicio en niños y jóvenes, y se cree que el sistema inmune ataca el páncreas, por lo cual, la producción de insulina es nula o muy deficiente (los estudios de enfermedades psicosomáticas, posiblemente hagan referencia a este tipo de diabetes, el tema se revisará más adelante).

⁶ 1. Presencia de glucosa en sangre. 2. Medida de la cantidad de glucosa en sangre.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente de inicio en adultos (aunque últimamente, no tanto). Los síntomas son similares a la DM1, pero se experimentan con menor intensidad (al menos, al principio). El síndrome metabólico adquiere mayor relevancia en este tipo de diabetes; y en este caso, el páncreas sí produce insulina, aunque no suficiente y, a veces, hasta en mayor cantidad, pero la resistencia del cuerpo a esta sustancia, impide que se utilice de forma adecuada. En este tipo de diabetes se puede presentar con mayor frecuencia hipoglucemia⁷ e hiperglucemia, pero no suele desarrollarse cetoacidosis; cuando los niveles de glucosa en sangre son muy elevados, puede surgir un trastorno denominado “coma hiperglucémico hiperosmolar”.

Posiblemente, parte de que la diabetes tipo 2 se esté saliendo de control, se debe a la interpretación que hace el sujeto sobre su enfermedad. En la DM2, los síntomas son de menor intensidad que en la de tipo 1, y a veces, hasta son imperceptibles. La micción frecuente o urgente (poliuria), la sed excesiva (polidipsia), la pérdida de peso, entre otros síntomas, no representan una gravedad intensa para la persona que los experimenta. No son un sangrado continuo, un dolor extremo, o pérdida de la realidad, en cambio, son síntomas que se pueden llegar a confundir con la propia degeneración que produce el avance de la edad, y que tal vez, por eso, no se le da la importancia debida a la enfermedad al principio, sólo hasta que llegan las primeras complicaciones. Otro problema que puede contribuir a la interpretación errónea que hace la persona sobre su enfermedad es su propia historia de vida, posiblemente —y esto, adelantándose mucho en el texto—, la DM2, en algunas personas, sea el resultado defensivo ante situaciones catastróficas.

2.2.2 SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

En concreto, los signos y síntomas de la DM2 —cuando los hay— son:

- Aumento de la sed (polidipsia).
- Necesidad de orinar a menudo (poliuria).

⁷ Concentración anormalmente baja de azúcar en la sangre.

- Aumento del apetito (polifagia).
- Pérdida de peso involuntaria.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Llagas que tardan en sanar.
- Infecciones micóticas frecuentes.
- Hormigueo, entumecimiento o dolor en manos y pies.
- Zonas de piel oscurecida (axilas y cuello) (acantosis nigricans).
- Boca seca. (Mayo Clinic, 2021)

Ninguno de los anteriores representa una emergencia médica, salvo cuando se descuidan y se vuelven una complicación. Por otro lado, las principales complicaciones de la DM2, son las siguientes:

- Enfermedades del corazón.
- Lesión a los nervios (neuropatía).
- Daño o insuficiencia renal (nefropatía diabética).
- Daño en los ojos o ceguera (retinopatía diabética).
- Cicatrización lenta.
- Deterioro de la audición.
- Enfermedades de la piel.
- Apnea del sueño.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Problemas dentales.
- Pie diabético.
- Disfunción eréctil.
- Amputaciones.
- Coma hiperglucémico. (Mayo Clinic, 2021)

2.2.4 MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN MÉXICO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Las medidas para controlar a la DM2, más allá de médico-paciente, se refieren a una serie de actos o compromisos a los que se apegaran los gobiernos en búsqueda de esa meta. En el Informe Mundial Sobre la Diabetes se menciona que, en la Asamblea Mundial de Salud, del 2013, se postularon nueve metas para el control de las enfermedades no transmisibles (incluida la diabetes), con proyección al 2025 (OMS, 2016). Falta menos de cuatro años para ello, y en México ya se han visto aplicadas algunas de esas medidas, sin embargo, no parecen funcionar del todo.

De forma resumida las nueve metas mundiales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, son las siguientes: reducción de la mortalidad producida por estas enfermedades en un 25%; reducción del uso de alcohol nocivo en al menos 10%; reducción del sedentarismo en un 10%; reducción de la ingesta de sal o sodio en un 30%; reducción del consumo de tabaco en un 30%; reducción de la prevalencia de hipertensión en un 25%; detención del aumento de diabetes y obesidad; tratamiento farmacológico y asesoramiento de al menos un 50% de las personas que lo necesiten, para prevenir ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares; y 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos asequibles necesarios para tratar las ECNT, tanto en centros públicos como privados (OMS, 2016).

Algunas medidas implementadas para la consecución de estas metas, parecen ser de carácter paternalista, donde se le ve a la persona con DM2 como a un niño pequeño al que hay enseñarle por donde debe “caminar” y qué cosas sí puede y debe hacer. Se quiere cambiar toda la infraestructura y el contexto de la persona, con tal de reducir gastos en salud, cuando para modificar la infraestructura, también se hacen gastos y los resultados no son tan alentadores.

Con base en las nueve metas, se tomarán de ejemplo algunas de las medidas implementadas, para mostrar por qué este sistema “paternalista” no funciona del todo (tomando en cuenta que

el paternalismo se entiende como una actitud que se produce cuando se toman decisiones beneficiosas para alguien, pero sin su consentimiento, con tendencia a aplicar normas de autoridad o protección, en ámbitos sociales, tal como lo haría un padre con sus hijos).

El primer punto a tratar es: la actividad física, el control del peso corporal y la prevención de la obesidad. En el Informe Mundial Sobre la Diabetes, se menciona que “la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de diabetes y de hiperglucemia y es importante como factor que favorece el equilibrio energético en general, el control del peso corporal y la prevención de la obesidad” (OMS, 2016, p. 28).

La actividad física con regularidad, por supuesto que reduce el riesgo de desarrollar DM2 (e incluso otras enfermedades). Parece ser “la píldora milagrosa” que combate todas las patologías. Por eso es importante su realización, pero a la hora de resolver esta problemática surgen algunos detalles como: que no hay suficientes espacios para que las personas puedan realizar actividad física (parques acondicionados, zonas recreativas y seguras; pues la ciudad está llena de edificios, concreto y asaltantes), o que las cuotas de acceso a gimnasios son muy elevadas, entre otras circunstancias. Siguiendo la idea paternalista, entonces habría que construir más parques, mejorar la iluminación, crear programas de activación al aire libre, etcétera; pero se olvidan por completo del sujeto. Hay personas, que, aunque tengan un gimnasio enfrente de su casa, no se sienten motivadas para acudir, y hay otras, que, por sus actividades, nunca tienen tiempo. Hay personas que tienen características depresivas, y aunque tengan ropa deportiva y un espacio seguro para realizar actividad física, no lo van a hacer. Ahora, más importante aún, qué tal si esa persona padece una enfermedad crónica como lo es la DM2; estas personas en general se sienten agotadas, con dolor en las piernas, y según los números, la mayor prevalencia son mujeres, y en México, por la cultura, las mujeres son quienes se encargan del hogar, a la cual, si se le suman otros factores como: tener que cuidar hijos, ser madre soltera, y un sinnúmero de actividades, al final del día, lo que menos puede querer esa persona, es hacer un poco de ejercicio aunque sean sólo 15 minutos para mejorar su salud.

Otro aspecto que se propuso tratar, es la regulación del tabaquismo. En el mismo Informe se menciona que “el tabaquismo activo se puede aminorar mediante un conjunto de medidas

legislativas, reglamentarias y fiscales, así como medidas educativas, como las advertencias médicas en los paquetes de cigarrillos, y (...) el aumento de los impuestos al tabaco (...)" (OMS, 2016, pp. 35-36).

El tabaquismo es el ejemplo perfecto de lo paternalista que se quiere ser con la DM2. Se han implementado múltiples acciones para que las personas dejen de fumar, y, sin embargo, las personas lo siguen haciendo. Las advertencias médicas —muchas veces imágenes grotescas en las cajetillas— han servido de burla entre los mismos fumadores. El aumento en los costos ha eliminado a aquellos que no cuentan con el capital necesario, pero eso no elimina el problema, porque cuando consiguen suficiente dinero, vuelven al hábito; se ha prohibido también fumar en lugares cerrados, y, aun así, las personas que tienen el hábito de fumar, siempre encuentran un lugar o un espacio, e incluso, hasta son muy educados y corteses, pues se levantan con elegancia, se retiran, fuman y luego, vuelven a reintegrarse al grupo. El tabaquismo es tema de otra investigación, pero demuestra cuál será el resultado de estas acciones cuando se trata de cambiar toda la infraestructura, y no se le presta atención al sujeto. El tabaquismo, aparte de contribuir en el desarrollo de la DM2, es por sí mismo, una enfermedad (o, posiblemente un síntoma).

Por último, en el Informe Mundial Sobre la Diabetes, se expone lo siguiente:

Hay una asociación estrecha entre tener sobrepeso u obesidad y sufrir diabetes. Pese a la meta mundial de cumplimiento voluntario de detener el aumento de la obesidad para el año 2025, el sobrepeso y la obesidad han aumentado en casi todos los países. En 2014, que es el año más reciente para el cual se hicieron estimaciones de alcance mundial, más de uno de cada tres adultos (mayores de 18 años) tenía sobrepeso y más de una décima parte tenía obesidad (OMS, 2016, p. 28).

Es por eso que estas medidas no sólo son fantásticas, o alejadas de la realidad, sino que carecen completamente de empatía con las personas que tienen DM2. Tal vez funcionen para algunos países, pero para México, al parecer, no. Los datos estadísticos, que, aunque sean estimaciones, no mienten y son un reflejo de lo que ocurre en realidad. Si bien, es cierto que

los líderes mundiales, han intentado reducir esta problemática, las personas no son controlables del todo, y aunque las políticas estén muy bien estructuradas, las personas son impredecibles. El incumplimiento de estas metas, parece compartir similitudes con la poca adherencia al tratamiento médico de las personas con DM2.

2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

La adherencia al tratamiento médico —terapéutico— es tan importante como la enfermedad misma. Es muy raro que una persona, con cualquier enfermedad, no se adhiera a su tratamiento, pues esto representa la mejoría de su problemática. Sin embargo, con algunas personas que tienen DM2, no pasa lo mismo. La DM2 no tiene cura, pero sí es tratable. Si la persona se adhiere a su tratamiento (y esto no sólo incluye medicación, sino todas las modificaciones que tiene que hacer en su vida) la DM2 se logra estabilizar, siendo casi inexistente, e incluso aplazando sus complicaciones. Aun sabiendo esto, algunas personas con DM2 no se adhieren del todo a su tratamiento terapéutico ¿por qué?

Según la OMS (2004; Hernández *et al.*, 2011, citado por Vargas y Toledo, 2018):

... la falta de adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud, principalmente en los países en desarrollo como México, donde la adherencia al tratamiento de dichas enfermedades no sobrepasa el 50%. (...) La diabetes ocupa los primeros lugares por carga de enfermedad y se ha identificado que uno de los principales factores que favorece esta situación es la falta de adherencia al tratamiento (p. 147).

Cinco de cada diez personas con DM2, no se apega a su tratamiento médico, situación que afecta a la persona misma pues, con el mal control de su glucosa, sus complicaciones pueden aumentar. Descuidar su tratamiento, es una especie de autolesión que, vista desde afuera, parece totalmente irracional.

La baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas de los pacientes sobre la salud y la enfermedad (García-Fernández y Peraldo-Uzquiano, 1999), así como por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que, en conjunto, le impiden al paciente tomar control sobre su conducta (Bel'ndez y Xavier, 1999, citados por Villalobos *et al.*, 2007, p. 27).

La adherencia al tratamiento médico es una de las principales problemáticas que se deben tratar, si se quiere reducir la mortalidad, así como las complicaciones por DM2. Esta problemática es de carácter personal, o sea, que en cada individuo las causas pueden ser distintas. Si se trabaja en la adherencia, posiblemente, las afectaciones provocadas por la DM2, empiecen a disminuir.

2.3.1 LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO PROBLEMÁTICA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se puede entender como adherencia terapéutica a aquel conjunto de acciones que están relacionadas con erradicación de la enfermedad. No es el tratamiento como tal, sino la disposición que tiene el sujeto para llevarla a cabo. Es común que una persona busque asistencia médica cuando se siente mal, esta búsqueda está influenciada por la motivación de querer curarse, esa motivación es la que permite que se cumpla el tratamiento médico. Cuando se habla de DM2, no hay una buena adherencia al tratamiento y esto responde a múltiples situaciones.

Como menciona Granados y Escalante (2010), la adherencia al tratamiento involucra múltiples factores, en el que interviene el comportamiento humano que, a su vez, es empujado por componentes subjetivos. Se entiende, que la acción de cumplir el tratamiento está influida por las creencias y conocimientos que la persona tiene sobre su enfermedad, implicando también, procesos volitivos y motivacionales para recuperar el bienestar. El proceso comienza luego de

conocer el diagnóstico de la enfermedad, e intervendrá, la percepción que la persona tenga sobre su enfermedad.

¿Por qué algunas personas que tienen diabetes mellitus tipo 2, no se adhieren completamente al tratamiento médico? Como se mencionó, la adherencia comienza después del diagnóstico, y en este caso, no sólo es tomarse unas pastillas cada cierto tiempo, sino que involucra modificar la dieta, hacer ejercicio, medirse constantemente los niveles de glucosa, y repetirlo de por vida. Esto representa un cambio radical en la cotidianidad de la persona, sin embargo, la antigua forma de vida que llevó a desarrollar DM2 lleva mucho tiempo ya formando parte de la persona. Aquí pueden intervenir dos factores, el primero es la ausencia de síntomas, lo que representa poco peligro de muerte para la persona, y la segunda, es que esa forma de vida, ha funcionado como posible defensa, y quitarla sería dejar a la persona expuesta a su propia angustia, lo que podría ser más insoportable, que la propia DM2.

Se cree que, parte de que las personas con DM2 no se adhieran al tratamiento médico, corresponde, tal vez, a la nula información que dan los médicos a sus pacientes sobre la enfermedad. Si ellos explicaran la importancia de la medición de la glucosa, el ser constante en la administración de las pastillas, los efectos adversos y esperados de la medicación, qué es la insulina y, sobre todo, dejar en claro las complicaciones y la posibilidad de muerte, etcétera, probablemente lograrán modificar las creencias que la persona tiene sobre su enfermedad, y con ello, esta tome con mayor seriedad su tratamiento. Aunque también es responsabilidad del paciente, informarse y educarse. El paciente debe tener la motivación por querer sentirse mejor, y ahí es en donde inicia el conflicto, en su motivación. Entonces, por un lado, el médico debe educar a su paciente, pero quien va a terminar haciendo la mayor parte del trabajo, es el paciente mismo. Y si el problema es el sujeto, el tratamiento no tendrá eficacia, aunque se le dé la mejor explicación sobre su enfermedad; por eso, el “sistema paternalista” —antes explicado—, no tiene sentido.

La realidad, es que la adherencia o el autocuidado, depende mayormente de la persona enferma. La enfermedad no inicia desde que se diagnostica DM2; la interacción del sujeto con el otro, la manifestación del conflicto psíquico a través de acciones autodestructivas, van

gestando o predisponiendo a la enfermedad. Si la persona, nunca ve esto como un problema, es normal que no modifique la forma en la que vive, pues es parte de sí misma. Jiménez y Dávila (2007), mencionan que más del 95% de cuidado de la diabetes es responsabilidad del enfermo, pues día tras día debe realizar tareas de autocuidado (p.129). Por eso, es importante analizar, de forma individual, cuáles son las causas reales de la poca adherencia al tratamiento.

2.4 DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Otra posible explicación del alejamiento al tratamiento médico es el diagnóstico. Por una parte, se cree que es importante la forma en que se le comunica a la persona su diagnóstico, pues, puede generarle un fuerte impacto emocional, que influirá en el proceso. Por otra parte, también repercute la idea o creencia que tiene la persona sobre la enfermedad, pues no será lo mismo diagnosticar cáncer que DM2, aunque al inicio de este texto se demostró que, en números, son igual de mortales (*vide supra* p.28). Una tercera parte, puede implicar, no sólo lo que significa la enfermedad para la persona, sino el contraste del diagnóstico con los síntomas, en otras palabras, que el profesional de la salud le otorgue una etiqueta a esa persona, pero que la persona no se sienta identificada, pues es asintomática o con síntomas leves.

La forma de llegar al diagnóstico en la DM2 es un poco distinta que en otras ECNT. Cuando se diagnostica DM2, ocurre un suceso muy interesante, regularmente se diagnostica en un examen de rutina, y muy pocas veces, por intención propia (o sea, que sean los síntomas quienes hagan que la persona busque asistencia médica). Desde aquí ya se empieza a formular la idea que tendrá la persona sobre la enfermedad. Segundo, el procedimiento es demasiado sencillo, basta con proporcionar una muestra de sangre, no se requieren estudios o aparatos intimidantes; y, tercero, mayormente, cuando se les dice el diagnóstico, en DM2, no hay asombro, ni desagrado, ni ningún tipo de emoción, porque es algo que ya esperan o es algo que ya saben que iba a pasar (y este es un fenómeno muy interesante, porque se suele confundir con una negación de la enfermedad, pero parece ser más una “tregua”).

El diagnóstico también afectará a la persona dependiendo de sus características personales, por ejemplo, su edad, si cuenta con seguro médico o no, si es apoyado por su familia, su personalidad, el historial familiar de diabetes, mitos o información con la que cuenta la persona, el tipo de diabetes y como se presenta la información (Edelwich y Brodsky, 1998, citados por Jiménez y Dávila, 2007). Como se explicaba al principio, hay muchas personas que no saben que tienen la enfermedad (*vide supra* p. 30), y sin un diagnóstico, no se les puede ayudar.

2.4.1 REPRESENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Se cree que la DM2 surge desde el momento del diagnóstico —aunque haya síntomas mucho antes—, de hecho, la mayoría de estudios están enfocados en investigar a personas que ya tienen el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, y esto tiene completo sentido, sin embargo, partiendo de esta idea, sólo se puede llegar a un tipo de conclusión: “que la diabetes produce tal cosa, o que de la diabetes deriva equis situación”. En otras palabras, la línea base siempre ha partido desde el diagnóstico de diabetes, por ello, es común que no se explore qué ocurría antes de la enfermedad; sin embargo, las acciones que ocurrían antes del diagnóstico son parte de la enfermedad.

Lo que va a representar el diagnóstico es diferente para cada persona. Hay una creencia popular de que luego de que las personas saben su diagnóstico cambian radicalmente, algunas adelgazan y otras tienen el rostro muy demacrado. Existen diferentes tipos de explicaciones para ello, por ejemplo, creer que la persona ya iba a sus estudios con la glucosa muy alta; así como también, el estrés que produce el impacto de saber que se tiene una enfermedad, el cambio brusco en el estilo de vida, etcétera. Sea cual sea la interpretación que haga la persona sobre su diagnóstico, va a producir una imagen mental de su enfermedad que va a impactar en el control y en el manejo de la diabetes.

Por otro lado, dejando de lado el diagnóstico, pero manteniendo “las representaciones”, es necesario agregar otro concepto, el de “sufrimiento”. Es importante diferenciar al dolor del

sufrimiento, el primero hace alusión a una sensación de daño o lesión en el cuerpo, mientras que el segundo a la pérdida, ausencia o carencia de un bien o un ser querido (citado por González, Tinoco y Benhumea, 2011). En otro sentido, Antón (2017) explica el sufrimiento de la siguiente manera:

Si bien el dolor tiene un origen físico, el sufrimiento atraviesa toda la estructura antropológica del ser humano, tanto la psicofísica, como la psicoespiritual. Es el cuerpo el que experimenta dolor, pero es la persona la que lo sufre. (...) Podríamos distinguir entre el sufrimiento físico que tiene una base biológica en el dolor de la enfermedad física o mental, y el sufrimiento social causado por la ausencia de sentido vital, no hay dolor, hay tristeza, incompreensión, desorientación, miedo, inestabilidad, inseguridad, infelicidad, culpabilidad, soledad, etcétera. (p. 348)

Es común escuchar en algunas personas con DM2 recurrir con frecuencia a esta palabra en su discurso. Cuando dicen esta palabra, se refieren a un tipo de dolor psíquico (en el alma, como mencionan ellos) que les produce mucho malestar, pero que no necesariamente surge por la DM2, pues la mencionan también cuando hablan de otros ámbitos de su vida, incluso, antes de haber tenido el diagnóstico. Esto da un punto de referencia sobre que la persona ha sufrido mucho a lo largo de su vida, y esto posiblemente, tenga relación con la DM2.

Las representaciones y símbolos son de vital importancia para el control y manejo de la diabetes. Estos juegan un papel relevante a la hora de adherirse al tratamiento terapéutico, así como también, pudieron haber influido en la cotidianidad de las personas mucho antes de haber desarrollado la enfermedad.

2.4.2 MITOS Y CREENCIAS POPULARES RELACIONADAS CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Algunas afectaciones por las cuales se ve influenciada la poca adherencia al tratamiento terapéutico pueden ser, la cultura y los mitos que se tienen sobre la enfermedad, algunos de los más frecuentes son:

- La insulina causa ceguera.
- La diabetes es un castigo de Dios.
- Los productos que no tienen dulce se pueden consumir sin medida.
- La diabetes no es una enfermedad grave.
- El jugo de (equis hierba, fruta o semillas) cura la diabetes.
- La sangre de la persona con diabetes es dulce.
- La persona con diabetes no puede comer nada.
- Una impresión, susto, o enojo fuerte puede causar la diabetes.
- A las personas con diabetes les gustan los dulces, golosinas y caramelos.
- La diabetes es mental, y no hay que hacerle caso. (FMD, 2015)

Estas frases, que normalmente son afirmaciones, circulan en la comunidad, produciendo más complicaciones, que ayudando. Tienen inicio en la asociación, aunque parecen proporcionar cierto efecto placebo, o al menos reducir el estrés y la ansiedad (“el sufrimiento”). Estas creencias junto a algunas características personales (p. ej., percepción depresiva de la vida), pueden influir a la hora de recibir el diagnóstico, produciendo nula respuesta emocional.

Por otro lado, una de las tantas características de las personas con DM2, es que suelen adjudicarse enfermedades. Esto es complejo de explicar, porque no se sabe si ocurre en todas las personas, y el por qué lo hacen. Es frecuente escucharlos decir, “tengo ansiedad”, “soy depresivo”, “estoy enfermo de los riñones”, “soy hipertenso”, pero cuando se les pregunta sobre los síntomas describen sintomatología de una glucemia descontrolada; ya que, la hipertensión, por tomar un ejemplo, es conocida como “el asesino silencioso”, pues rara vez presenta síntomas (únicamente cuando la enfermedad está muy avanzada). Entonces, lo

extraño, es que adjudiquen sus síntomas a otras causas —como a la hipertensión—, y minimicen la diabetes. Es interesante, porque no sólo dicen estas frases, sino que en verdad las creen, y son parte de su realidad. Esto se vuelve grave, pues una persona con DM2 puede descuidar su enfermedad, al creer que lo que le está ocurriendo tiene otra explicación (por ejemplo, decir: “son mis riñones”).

Muchas cosas se han explicado sobre la DM2, sin embargo, no queda del todo claro, por qué algunas de estas personas no se adhieren a su tratamiento terapéutico, son renuentes, y parece como si fueran incapaces de controlar sus deseos, como si estos estuvieran por encima de su propia salud. La DM2 es compleja, es más allá que únicamente el vínculo insulina/glucosa. Hasta ahora se ha revisado lo que ocurre con el sujeto luego del diagnóstico, pero sería interesante saber qué ocurrió antes de la enfermedad, en su biografía. Saber si esta enfermedad funge como defensa ante una crisis, o si es la expresión de un sufrimiento reprimido. Ante esto, algunos autores proponen que la DM2 es posiblemente una enfermedad psicósomática, pero ¿en realidad lo es?, ¿cuál sería su relación con la poca adherencia terapéutica?, ¿tiene algo que ver con la minimización de la diabetes?

2.5 SOBRE LO PSICOSOMÁTICO. BREVE HISTORIA

La concepción de “lo psicósomático” estuvo envuelta en un halo de misticismo, y al mismo tiempo, fue un partearguas sobre la visión que se tenía del concepto enfermedad. En la sociedad contemporánea, es común saber, que la etimología de la palabra “psicósomático” se divide en dos: psique y soma, lo que significan, mente y cuerpo, respectivamente. Pero ¿es verdad que el psiquismo influye en los procesos del cuerpo? o a la inversa ¿puede el cuerpo enfermar al psiquismo?

A lo largo de la historia, las formas de entender la enfermedad —que son propias de su contexto— darían paso a diversos entendimientos de lo que representa lo psicósomático. En el siglo XVIII, William Cullen introdujo el término “neurosis”, para referirse a afecciones funcionales (citado por Galimberti, 2002), pero fue Philippe Pinel quien redireccionó el término

para separar las afecciones del sistema nervioso (sin un sustrato orgánico aparentemente), con otro tipo de afecciones (citado por Meléndez, 2019); hasta aquí, se trataba de brindar una explicación orgánica a lo que para en ese entonces no tenía una explicación lógica. Luego ocurriría lo que se conoce como la tercera ruptura epistemológica en la historia; Sigmund Freud, influenciado por personajes de ese entonces, tales como Charcot y Breuer, sostiene que las psiconeurosis (neurosis histérica y neurosis obsesiva) son producidas por mecanismos psíquicos; posteriormente, y luego de una larga evolución de su hipótesis, a la mayoría de los síntomas que tenían sus pacientes les atribuía una causa inconsciente, derivada de un conflicto entre el deseo y la defensa. Como es bien sabido, hubo —y las hay aún— muchas personas que no estuvieron de acuerdo con su postura, y es por eso que en la actualidad hay diversos tipos de explicaciones para lo que representa lo psicosomático. Esto daría paso a un cúmulo de conceptos que parecen tener relación; sin embargo, no es así, pero generan mucha confusión, tales como: medicina psicosomática, factor psicosomático, psicosomatismo, histeria, desórdenes psicosomáticos, trastorno de conversión, trastornos somatomorfos, fenómeno psicosomático, entre otros.

No es de interés en esta tesis, hacer un metaanálisis sobre lo psicosomático, ni relatar a fondo la historia de este peculiar fenómeno; sin embargo, en el transcurso de su entendimiento hasta la actualidad, han ocurrido ciertos puntos clave que son importantes resaltar para ofrecer una mayor comprensión sobre si la DM2 es una enfermedad psicosomática. Para el sustento teórico de este trabajo, se recurrirá a la teoría psicoanalítica, no obstante, dentro de esta óptica hay diversas teorías que tal vez sí expliquen otras enfermedades psicosomáticas, pero que invitan al debate cuando se refieren a la DM2.

2.5.1 DEFINICIÓN DE LO PSICOSOMÁTICO

Antes de revisar algunas explicaciones psicoanalíticas, se debe tener en cuenta que en las afectaciones psicosomáticas el principal síntoma se encuentra en el cuerpo, y es por ello que son los médicos los que con mayor razón atienden esta demanda que hacen las personas afectadas. Entonces, para el modelo biomédico, lo psicosomático, son ese cúmulo de dolencias

que no logran ser explicadas por causas patógenas; afectando el estilo de vida de aquellos que las sufren (García, 2018). En otras palabras, al no existir una causa orgánica de la enfermedad, debe tener un origen psicológico. Retomando ligeramente el tema de la DM2, para el modelo biomédico, la explicación de la enfermedad es directamente dualista-paralelista, pues el médico está convencido de que esta enfermedad es completamente orgánica (o sea, somática), pero que puede transitar con algunos trastornos mentales, por ejemplo, depresión, ansiedad, etcétera, sin embargo, —para ellos— estos no forman parte de la DM2, sino que son llamados comorbilidades⁸; o sea, se le da a la mente, lo de la mente, y al cuerpo, lo del cuerpo. Esto es importante porque afecta en la forma de tratar —y entender— la enfermedad.

Gracias a la medicina se sabe que las personas con DM2 presentan resistencia a la insulina, y disfunción en el páncreas. A raíz de eso, se ha proporcionado una cura temporal, y un alivio para lo que representa, en palabras de las personas que viven esta patología, “una cadena perpetua”. Sin embargo, “el beneficio” no logra explicar, por qué muchos de sus afectados (y con muchos se refiere cerca de la mitad de las personas con el diagnóstico) no se adhieren al tratamiento médico, y también se deja de lado, la historia de vida de las personas, reduciendo la enfermedad, al resultado del ambiente en donde el sujeto se desarrolla. En síntesis, el monismo-fisicalista, y el dualismo-paralelista, parecen no explicar completamente todo lo que ocurre con la DM2.

En otra línea, y recapitulando, Freud no se dedicó, tal cual, al estudio del fenómeno psicosomático —tal vez porque en su tiempo el concepto no estaba bien formulado—, sin embargo, fue él quien cimentó e influyó en el origen de múltiples teorías psicoanalíticas sobre este tema. Él diferenció las neuropsicosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes (Otero & Rodado, 2004), las cuales serían las dos principales líneas para la explicación del fenómeno psicosomático.

Algunas aproximaciones consideran el síntoma físico como el producto de un conflicto psíquico, que se acompañan de fantasías inconscientes. Quienes están de acuerdo con esta

⁸ Situación de padecer dos enfermedades o más al mismo tiempo.

línea son: George Groddeck, Félix Deutsch, André Green, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Ángel Garma, entre otros (Wiener, 2018). Sin embargo, un punto a resaltar, es que en sus teorías recurren a la explicación conversiva propuesta por Freud. O sea, para ellos, hay una simbolización que se manifiesta en el órgano afectado.

Algunos autores, conscientes de lo anterior, proponen otra forma de entender el conflicto psicósomático, esto, a raíz del “déficit”, la cual es una deficiencia en la estructura psíquica del afectado y en su incapacidad de simbolizar; quienes apoyan esta idea son: Pierre Marty, Joyce McDougall, Donald Winnicott, Franz Alexander, Helen Flanders Dunbar, etcétera (Wiener, 2018). En otras palabras, existe una incapacidad para experimentar y expresar el conflicto a través de la fantasía y de las representaciones psíquicas debido a una insuficiencia simbólica en la estructura interna del sujeto.

Como se puede observar, luego de las propuestas de Freud, hubo una bifurcación sobre la explicación del fenómeno psicósomático. Por un lado, quienes se aferran a la “conversión histérica” y, por el otro, quienes son partidarios del “déficit”. Independientemente de lo anterior, y alejándose brevemente de la explicación psicopatogénica, hay quienes consideran que todas las enfermedades en general, tienen algo de psicósomático, y en contraste, quienes piensan que existen específicamente ciertas enfermedades psicósomáticas. Sin embargo, las dos vertientes catalogan a la diabetes como una enfermedad psicósomática, pero ¿es correcta esa categorización?

2.5.2 ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

A decir verdad, no se sabe con exactitud quien categorizó a la diabetes dentro de las enfermedades psicósomáticas, sin embargo, se le puede encontrar en diversos textos. Por ejemplo, los siguientes. “Flanders Dunbar desarrolló, (...) la noción de "perfiles de personalidad de base" con los que caracterizó las variedades de síndromes psicósomáticos declarados (hipertensión cardiovascular, reumatismo, diabetes, etc.)” (citado por Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004, p. 222). Ella explicaba que había ciertos tipos de personalidad con

disposición a desarrollar enfermedades específicas. La crítica que se le hace a esta teoría, es que no todas las personas con un perfil específico de personalidad desarrollan enfermedad. Sin embargo, un punto a rescatar de esta teoría, es que las personas con DM2 tienen ciertos rasgos o características, tales como sentirse abandonados, son melancólicos y muestran cierta resistencia a adherirse a su tratamiento médico —los cuales se revisaran más adelante, pues pueden representar “el síntoma” —.

Por otra parte, Franz Alexander (1950), quien es considerado uno de los “padres de la medicina psicosomática” señaló, a través de la teoría de la especificidad del conflicto, que algunas de estas enfermedades son: el asma, la colitis ulcerosa, la hipertensión arterial, entre otras, incluida la diabetes (Oblitas, 2010). Él proponía que el disfuncionamiento neurofisiológico, junto a conflictos psicológicos (inconscientes) específicos producían cada una de estas afecciones. Sin embargo, una crítica que se le hace a esta teoría es: “se podrían aceptar factores de estrés psicógeno específicos para casos particulares de cualquier síndrome, pero inespecíficos para el propio síndrome, ya que un mismo sujeto puede no adoptar siempre el mismo canal de expresión, incluso ante un estrés parecido” (citado por Otero y Rodado, 2004, párr. 48). Esto quiere decir que, ante mismas circunstancias, las personas no van a reaccionar igual, por lo tanto, proponer enfermedades específicas, derivadas de conflictos específicos, deja fuera a aquellos que tuvieron un conflicto y no desarrollaron enfermedad, como a aquellos que tienen alguna enfermedad, pero que no necesariamente cursaron un conflicto psicológico; aunque un punto resaltable de esta teoría, es que se puede decir que ciertos conflictos predisponen a ciertas enfermedades.

Como gran paréntesis, se debe mencionar enfáticamente que, en estas teorías, y en algunas otras revisadas, no se define con exactitud a qué tipo de diabetes se refieren, simplemente se engloba a todos los tipos de diabetes, y a todos se les da la misma causa.

La patología psicosomática se caracteriza por no tener una explicación obvia y aparente, y también, porque sus síntomas se intensifican, o porque hay una mayor persistencia de la enfermedad, cuando el sujeto se encuentra ante una crisis, además de ser recurrentes a lo largo de la vida o no tener una cura específica. Si bien, la diabetes de tipo 1, posiblemente, cumple

con lo dicho anteriormente, la de tipo 2, no, esto, porque sí tiene una explicación orgánica del desarrollo de la enfermedad (resistencia a la insulina, derivada del síndrome metabólico y una posible disfunción del páncreas).

2.5.3 PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA, SÍNDROME CONVERSIVO E HIPOCONDRIA

Lo dicho hasta ahora, no deja en claro que línea divide entre la enfermedad psicósomática y la somatización. Sin embargo, sí deja entrever, que una pertenece, posiblemente, a la línea de las neurosis actuales, y el otro, al fenómeno conversivo. La principal diferencia que surge entre estos, es que en el primero existe una lesión real en el cuerpo, de mayor o menor intensidad que le proporciona al sujeto una preocupación y queja constante sobre ello, mientras que en el síntoma conversivo el conflicto vendría a ser más bien funcional, en donde las exploraciones médicas muestran que no existe daño orgánico que justifique el síntoma presente en el cuerpo (Lasso, 2017). Esta diferenciación dio paso a la comprensión de que el problema conversivo tiene que ver con el disfuncionamiento en la musculatura de inervación voluntaria, mientras que las enfermedades psicósomáticas son producto de alteraciones en los órganos relacionados con el sistema vegetativo (Otero & Rodado, 2004).

Como anexo de lo anterior, es importante resaltar que las enfermedades psicósomáticas tienen alteraciones funcionales y orgánicas, esto es lo que las hace diferentes de otras afectaciones físicas y emocionales. Gracias a ello es distinta a la hipocondría, la cual se caracteriza por un intenso temor a enfermar —entre otras características—, sin embargo, no presenta alteraciones funcionales ni orgánicas (García y Lorenzo, 2018). Lo anterior, se sintetiza en el siguiente recuadro:

	Enfermedad psicosomática	Histeria (S. conversivo)	Hipocondría
Alteración emocional	Si	Si	Si
Alteración orgánica/física	Si	No	No
Alteración funcional	Si	Si	No
Simbolización	Depende	Si	Si

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, y como menciona Racamier (1975): “para el histérico el cuerpo es un instrumento, para el psicósomático es una víctima; el primero habla con su carne, el segundo sufre en la carne” (citado por Otero y Rodado, 2004, párr.63). Hasta ahora, se formuló una división entre la enfermedad psicósomática y el síntoma conversivo. Hay enfermedades que se explican desde la primera visión, por ejemplo, la colitis ulcerosa, mientras que hay otros trastornos que se explican desde la segunda visión, por ejemplo, algún tipo de disfunción sexual. Sin embargo, sigue sin responderse la pregunta ¿es la diabetes mellitus tipo 2, una enfermedad psicósomática?

2.5.4 DIABETES TIPO 2 Y EXPLICACIÓN PSICOSOMÁTICA

Como se mencionaba en párrafos anteriores, no queda del todo claro a qué tipo de diabetes se refieren los investigadores cuando hablan de enfermedad psicósomática. En algunos textos se ha encontrado que se refieren a la de tipo 1, la cual, en ese entonces, era conocida como diabetes infantil. Es importante resaltar este punto, porque la adquisición de la enfermedad es distinta; pues, mientras que para la de tipo 1, es de forma brusca, inesperada, y pone al individuo al filo de la muerte, en la de tipo 2 parece ser más un proceso acumulativo.

Para responder el cuestionamiento antes planteado, se revisará primero, la propuesta conversiva, para confirmar —o no—, sobre si la DM2 tiene relación con esta línea.

Según Taylor (2003) —remitiéndose a Freud— las manifestaciones surgen del conflicto entre fantasías inconscientes originadas en las pulsiones sexuales edípicas y agresivas de la temprana infancia y en las creencias y valores morales del sujeto; aparecen como expresión encubierta, simbólica, tanto de los deseos prohibidos como de las defensas contra ellos (citado por Martínez, 2018, párr. 9).

Esta explicación dice que, en algún momento, sobre todo en la etapa edípica, el sujeto es incapaz de superar ciertas crisis o conflictos tanto propios, como en interacción con el objeto, la pulsión, que por el momento está siendo reprimida, necesita fluir, por lo cual se descargará en el cuerpo, específicamente, en la parte u órgano que tiene relación simbólica con el conflicto. Freud (1894), quien es el autor de esta teoría, lo plantea de la siguiente manera:

El síntoma orgánico en la enfermedad es “significante” porque en él se identifica la satisfacción deformada y parcial de la pulsión y las exigencias de represión. Al respecto se habla de conversión histérica cuando el síntoma corporal es el representante de un contenido psíquico inaceptable y por lo tanto reprimido (Citado por Galimberti, 2002, p.923).

De la representación es de donde surgen algunas explicaciones sobre la diabetes que, se reitera, nunca se expone sobre si se refieren a la de tipo 1 o la de tipo 2, simplemente es a una diabetes en general. Para esta visión es importante entonces, el órgano afectado que, en este sentido, es el páncreas, y también las células que metabolizan la glucosa en energía, los cuales, según esta explicación, tendrían relación directa con el conflicto. Hasta aquí, todo tiene cierto sentido, el problema es cuando se le quiere dar una “interpretación” a la somatización.

Dentro de las interpretaciones más populares que se le ha dado a la diabetes, se encuentran dos. La primera es, la incapacidad de consumir azúcar —porque es dañino para el sujeto—, y a la vez, el deseo de querer ingerir esta sustancia; y la segunda, es la resistencia al azúcar que presenta el cuerpo del sujeto.

Según el psicoanálisis, el inconsciente usa un lenguaje metafórico, por lo cual no habría distinción entre azúcar (que es sinónimo de dulce) y amor. Un ejemplo de ello se menciona en, Diabetes Mellitus Tipo 2: Una Interpretación Psicosomática de la Construcción del Padecimiento.

El que tiene hambre de cariño y no puede saciarla, manifiesta este afán en el aspecto corporal en forma de hambre de golosinas. El hambre de golosinas siempre expresa un hambre de cariño no saciada. (...) El amor y lo dulce tienen una estrecha relación. El deseo de golosinas en los niños es claro indicio de que no se sienten lo bastante amados (Abad, 2009, p. 46).

Por otro lado, Luis Chiozza (1990), en su interpretación del trastorno diabético, concluye con una serie de puntos, pero que se resumen de la siguiente manera:

1. Pensamos que existe, en lo inconsciente, una matriz común a partir de la cual se configura, por un lado, la forma material que conocemos como diabetes y, por el otro, una fantasía, a la cual podemos aplicar el rótulo “insulino-pancréatica”, cuyo significado corresponde específicamente al trastorno diabético.
2. El metabolismo glucídico normal, que implica una adecuada utilización y producción de la insulina, posee una relación específica con el *sentimiento de propiedad*, que deriva del sentirse capaz de: a) disfrutar del gasto y del ahorro, y b) obtener y mantener, con los propios medios, lo que se posee (p. 268).

Sobre esta última explicación, se propone un perfil diabetólogo posesivo-derrochador, quien busca acumular excesivamente (hiperglucemia), pero que, al mismo tiempo, eso le produce daño. Ya se había señalado anteriormente, la crítica que se le hizo al trabajo de Dunbar (1948) al proponer perfiles característicos, pues no todas las personas con una enfermedad en específico, tiene cierto perfil de personalidad específico. En cuanto a la metaforización del azúcar como significante de amor, esta interpretación está basada en una falacia y en un error léxico. La falacia surge, por creer que todas las personas que tienen diabetes, tienen un deseo insaciable por comer alimentos excesivamente bañados en azúcar, tales como pastelitos,

galletas, refrescos, chocolates, etcétera. Sin embargo, las personas con DM2 si sienten un deseo, pero por comer, en general, no específicamente productos azucarados. Ahora, sobre lo léxico, hay un error asociativo en cuanto a la palabra azúcar, pues existe una fuerte tendencia en llamar a la diabetes como “tener azúcar”, lo cual, no es del todo correcto. Como se explica a continuación:

A diferencia del DRAE, el diccionario de Seco señala que la sustancia abundante en la sangre es el azúcar, y no la glucosa; escoge así un término más genérico y que se corresponde con la idea popular de entender la diabetes como «tener azúcar (en la sangre)». (...) Entre glucosa y azúcar, es preferible emplear la primera, pues en la sangre existen otros tipos de azúcares además de glucosa, y si bien se pierde algo en claridad, se gana en precisión (Díaz, 2004).

En conclusión, la línea conversiva pierde algunos puntos al tratar de explicar la DM2 como la manifestación simbólica inmediata⁹ de un malestar; de ello se desglosan las siguientes 3 observaciones: 1. Algunas de las interpretaciones que se hacen de la representación simbólica del conflicto (o sea, la disfunción del páncreas y de las células metabolizadoras de glucosa) está basada en una creencia popular (que gira alrededor de la concepción azúcar-glucosa), sin embargo, eso no quiere decir que no haya una interpretación de la enfermedad. 2. Es posible que, en este caso, el conflicto no sea “convertido”, sino que más bien, predisponga. 3. No se especifica si se refieren a la DM1 o DM2, para lo cual, al menos, en la de tipo 2, la revisión anterior es debatible.

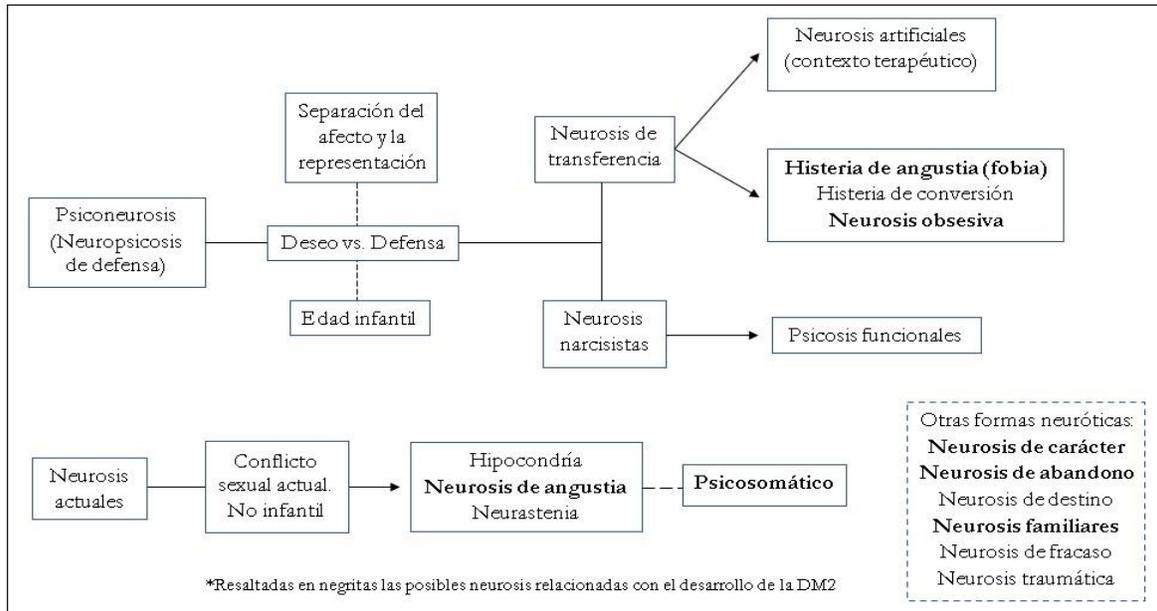
Ahora, la intención interpretativa de la diabetes no queda del todo descartada, hay ciertos puntos que se pueden rescatar de ella. Como se mencionaba con anterioridad, algunas de las personas que cursan con esta enfermedad, tienen ciertas características similares, así como también, es verdad que existe un deseo por ingerir “lo que sea”, alimentos, bebidas, es como una especie de ansías¹⁰, o como una tensión en el cuerpo; y también, hay un significado en la enfermedad, sólo que es más individual y no, englobado en un perfil específico.

⁹ Este concepto, la manifestación simbólica inmediata, se aclarará más adelante en el texto.

¹⁰ Deseo fuerte, urgente o anormal de una sustancia o actividad.

A continuación, se propone el siguiente diagrama (1), para resaltar aquellos tipos de neurosis que posiblemente tienen relación con esta patología.

Diagrama 1. Mapa neurosis relacionadas con las DM2



Fuente: Elaboración propia.

Últimamente el término “neurosis actuales” está en desuso, aquello porque se explica que este tipo de neurosis es el resultado de un conflicto más antiguo, posiblemente en la niñez. Sin embargo, se le relaciona con lo psicossomático, por la tendencia a la manifestación somática predominante (Galimberti, 2002, p. 742), de estas observaciones, es que se entiende la teoría del conflicto (descarga somática, y simbolización deficiente).

Por último, corresponde revisar la vertiente “del conflicto”, en relación con la DM2.

Varios autores coinciden en que el origen de tal funcionamiento simbólico deficiente tiene que ver con un trastorno materno-infantil, aunque cada uno de ellos sitúa el conflicto dentro de diferentes etapas o posiciones del desarrollo. Para Freud, el problema corresponde a la etapa oral: el bebé se encuentra en un estado yoico primitivo en donde el yo es sólo un yo corporal. Para Spitz, se ubica en el período de transición, entre la etapa preobjetal y la etapa precursora del objeto, más o menos a los

seis meses de edad. Para Mahler la regresión del padecimiento remitiría a la fase simbiótica del desarrollo. A partir de Klein, el trastorno se sitúa casi al final de la posición esquizo-paranoide donde el yo y la relación con los objetos permanecen escindidos. Winnicott considera que ocurre inmediatamente antes de la fase de integración y personificación. Finalmente, para Bion el problema se ubica en las funciones beta del pensamiento, donde los elementos beta únicamente corresponden a las sensaciones y no a las palabras. Como se puede observar, todas estas fases del desarrollo corresponden a lapsos muy primitivos, sin embargo, podría suponerse que están situados en estado de evolución más avanzado que el de los trastornos psicóticos, por ello se dice que los padecimientos psicosomáticos son el negativo de las psicosis. Mientras que los trastornos conversivos, en cambio, pertenecen al nivel de desarrollo más avanzado (Dweck, 2018).

Un punto importante a resaltar de estos autores, es que proponen el inicio del padecimiento psicosomático a etapas muy tempranas de la vida. De las todas las teorías revisadas, se pueden resaltar dos, la de Freud, con las etapas del desarrollo psicosexual, pero específicamente la zona erógena oral, y las propuestas de Joyce McDougall (histeria arcaica).

McDougall (1991) propone que, ante el fracaso de las defensas sobre el conflicto psíquico, esto hará que el sujeto somatice el dolor mental. Ella hace mención sobre la “histeria arcaica”, donde la angustia no está relacionada con la castración, sino con el temor de perder la vida o la identidad subjetiva (citado por Otero y Rodado, 2004). El bebé, quien es incapaz de hablar, expresará su dolor a través de la única forma que puede, mediante el llanto y a través del cuerpo. Esta posible tensión del cuerpo, que en un principio anuncia la muerte si no se resuelve, producirá una sensación de placer cuando se cumplan las demandas necesarias, en otras palabras, el cuerpo se ataca así mismo, pero también se gratifica cuando consigue lo que pide. Esto posiblemente generará una representación de la sensación displacentera de estar muriendo, y la constante necesidad de alivio ante la angustia.

Este acontecimiento, que produce terror y miedo ante la pérdida de la vida, quedará marcado en el sujeto, como una especie de cicatriz psíquica que perdurará a lo largo de la vida. Esto parece tener relación con lo que se menciona a continuación:

Cuando los padecimientos psicosomáticos se manifiestan en etapas avanzadas del desarrollo, si han existido en la historia del paciente abandonos por parte del objeto, ya sean reales o fantaseados, en etapas muy tempranas, la persona experimenta una tendencia regresiva hacia aquellos estadios donde la simbolización es incipiente debido al nivel tan primitivo de desarrollo con que cuenta el bebé, quien aún no puede hacer uso del lenguaje verbal, sino únicamente de sensaciones corporales que quedan fijas como huellas mnémicas desagradables. Más tarde, cuando estos pacientes se ven aquejados por síntomas psicosomáticos, parece haber una relación entre ellos y una pérdida importante en su vida actual. Sin embargo, esta ausencia presente nos remite a las primeras pérdidas padecidas cuando el bebé se sentía desvalido, desprotegido y con mucho miedo a enloquecer o perecer, que tentativamente ocurrieron entre los tres y los seis meses de edad, pues durante este periodo los procesos de pensamiento no se encuentran todavía bien integrados ni se ha desarrollado el lenguaje verbal (Dweck, 2018, párr. 4).

Esta línea, lo que propone es que la enfermedad psicosomática no deviene instantáneamente después de un conflicto —entendidos como aquellos que ocurren en los primeros meses de vida—, sino que predisponen a la persona a enfermar, ya sea por la constante tensión en el cuerpo (que a la larga vulnera el sistema orgánico) o por ciertas actitudes y comportamientos que generan la enfermedad —el síntoma—.

En *Tres Ensayos de la Teoría Sexual*, Freud (1905/1992) (refiriéndose a la sexualidad infantil) propone que, durante el proceso de crecimiento, se producen ciertas zonas de concentración de la libido en el cuerpo, estas se definen por 5 etapas: oral, anal, fálica, latente y genital. Menciona lo siguiente:

Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena [se refiere a la zona erógena oral, pues en este texto está hablando del autoerotismo, específicamente sobre el chupeteo] se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella. (...) No todos los niños chupetean. Cabe suponer que llegan a hacerlo aquellos quienes está constitucionalmente reforzado el valor erógeno de la zona de los labios. Si este persiste, tales niños, llegados a adultos (...) tendrán una potente motivación intrínseca para beber y fumar. [más adelante en el texto, continúa diciendo] La necesidad de repetir la satisfacción se trasluce por dos cosas: un peculiar sentimiento de tensión, que posee más bien el carácter del displacer, y una sensación de estímulo (...) proyectada a la zona erógena periférica (pp. 165, 167)

A raíz de la superación de cada una de estas zonas se forjará la personalidad, sin embargo, puede ocurrir algún conflicto dentro de ellas, lo que producirá una fijación. La fijación surge de la frustración o bloqueo de las necesidades del niño o de la sobreprotección de este. La fase oral, a grosso modo, cursa desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente y se caracteriza por ser una etapa en donde el bebé “entiende” que la madre es un anexo de su propio cuerpo, así como lo relevante para el bebé es satisfacer sus necesidades biológicas y presentar sensaciones placenteras. Edmund Bergler (1934, citado por Correa, 2008), seguidor de la teoría Freudiana, propone lo siguiente:

Una privación oral importante produce una actitud pesimista, y con tendencia depresiva. Las fijaciones en el mundo de los deseos orales, mostrarán en la persona una dificultad para cuidar de sí mismo, y requerirá que los demás se ocupen de él. De acuerdo con las dos etapas del erotismo oral, esta exigencia de cuidados se podrá expresar en una extrema pasividad o en una conducta sádico-oral muy activa, las personas de este tipo exigen mucho de sus objetos, se adhieren a ellos y no renuncian fácilmente, buscando permanentemente gratificaciones (p. 88).

Las personas con fijación oral tienen una predisposición a recurrir a placeres —sin ser redundante— orales, como ingerir bebidas alcohólicas, fumar, comer sin control; y como menciona Bergler, tienen una actitud pesimista.

Por último, en el Diccionario de Psicología de Galimberti (2002) se menciona lo siguiente:

Los trastornos neuróticos forman parte de la realidad cotidiana de todos y, por variados que sean, todos presentan un índice de ansiedad alrededor de la cual se organiza la sintomatología. La ansiedad es un estado psicológico normal de espera y alerta; se vuelve neurótica cuando es la manifestación de un estado conflictivo. (...) La medicación no favorece la resolución del conflicto neurótico porque, al radicar éste en la contradicción que existe entre las instancias individuales de libertad y las reglas de convivencia, que para cada uno de los individuos no pueden ser más que represivas, el conflicto no se puede resolver sino mediante el acto existencial de la elección. Pero sucede que no siempre la situación es clara, por lo que el sujeto puede encontrarse actuando en formas diferentes y contradictorias entre sí o, en caso extremo, incompatibles (p. 742).

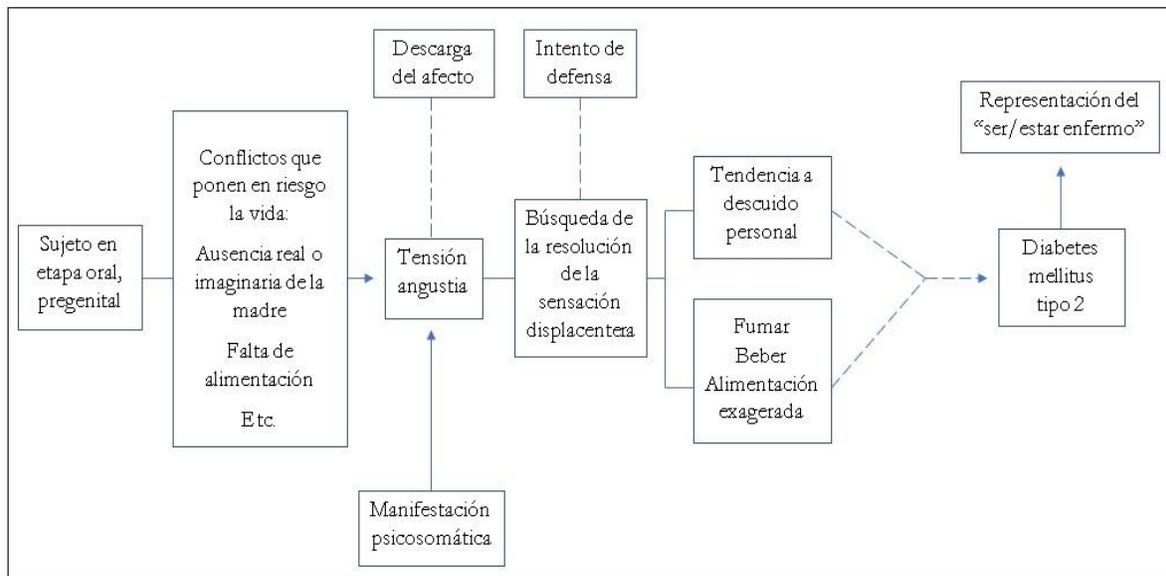
En conclusión, se propone que la DM2 no es, como tal, una enfermedad psicosomática. Pero sí el resultado de manifestaciones psicosomáticas, o de conflictos no resueltos, posiblemente de la etapa oral, en donde la angustia se manifestará en el cuerpo, produciendo tensión constante, la cual predispondrá a enfermedades futuras; o como resultado de una fijación en este estadio, donde el comportamiento característico de la oralidad (ingerir bebidas alcohólicas, comer excesivamente) mantenido a lo largo del tiempo, es capaz de desarrollar DM2, y si a esto se le agrega el pesimismo, la persona descuidara su integridad, lo que explicaría también la renuencia a adherirse al tratamiento médico. Con esto se explica que la DM2 no es la manifestación simbólica inmediata del conflicto (o sea, conflicto=diabetes), sino que, al contrario, es el resultado secundario, de manifestaciones psicosomáticas (en otras palabras, conflicto=manifestación psicosomática (tensión/angustia) =diabetes).

Lo anterior se puede vincular con un texto de Joyce McDougall (1999), el cual se titula *El viaje psicoanalítico de una paciente con cáncer de seno*, en el, ella atiende a una mujer con una excesiva fobia a desarrollar cáncer. De forma muy resumida, se narra que McDougall analiza a la paciente, y luego de muchas sesiones, se concluye que el temor que su paciente tenía, derivaría de un conflicto al nacer, donde su madre, al no querer a su hija, no la alimentaba; la paciente al estar cerca de la muerte desarrolló una angustia que la seguiría toda la vida, e introyectó el terror de ser como su madre, el cual simbolizó en sus senos. Esta angustia a morir que, con el tiempo evolucionaría al terror irracional de desarrollar cáncer, desató un comportamiento compulsivo, el cual consistía en revisarse frecuentemente los senos con el fin de descubrir que no tenía cáncer, sin embargo, la simbolización inconsciente de odiar a su madre, hacía que en sus revisiones se estrujara de forma agresiva, lo que con el tiempo desarrolló cáncer.

Ligando lo anterior, con el tema de la diabetes, lo que, posiblemente desarrolla esta enfermedad, es la recurrencia a comportamientos que inhiben el dolor psíquico, los cuales, mantenidos en el tiempo, devendrán en la patología diabética.

Todo lo anterior, se puede representar en el siguiente diagrama (2):

Diagrama 2. Predisposición al desarrollo de la DM2



Fuente: Elaboración propia.

Como corolario, es importante resaltar que hay ciertos puntos a tener en consideración, antes de cerrar el tema.

1. No se puede negar, o dejar de lado, que la DM2 es el último estadio de un largo proceso (resistencia a la insulina, síndrome metabólico).
2. Sin embargo, posiblemente la DM2, sea, también, el resultado de un proceso defensivo ante la angustia. La angustia predispondrá a algunas de estas personas, a recurrir a acciones desesperadas —algunas de ellas, autodestructivas— para disminuir esta sensación de displacer.
3. Esta explicación, claramente no acapara a todas las personas con DM2, es sólo aplicable para aquellas en donde la limitante adherencia terapéutica, y las conductas autodestructivas, tienen una fuerte manifestación (aquel que pareciera no quiere ser curado).
4. Por último, se tiene que tener en cuenta que esta enfermedad es el resultado de un conjunto de circunstancias, desde las contextuales (familia/creencias/cultura), hasta la propia historia individual de la persona (o sea, su biografía); el conflicto infantil, posiblemente se ve reflejado en la poca adherencia, la renuencia, la minimización de la enfermedad, la autolesión, la sensación de “sufrimiento”, etcétera.
5. Por ello, es absurdo, que se les pida a estas personas, que, como tratamiento, modifiquen su “estilo de vida”, pues esa forma de vivir, es lo que sirve de contención ante el “sufrimiento”.

CAPÍTULO 3. “SI ME VOY A MORIR, QUE SEA CON LA PANZA LLENA”

Beatriz, Flor e Ignacio, tres personas de la capital chiapaneca, relatan cómo es el vivir con diabetes mellitus tipo 2. En su discurso, que es más que interesante, fluyen situaciones que parecen ajenas a la enfermedad; sin embargo, desde ahí se construye lo que sería esta patología casi parasitaria, por la forma en que absorbe la vida de los implicados. Este capítulo, deja entrever que la DM2, es una enfermedad médica con sus propias manifestaciones y que afecta a la persona en diferentes grados, como lo haría cualquier enfermedad. Sin embargo, también reluce toda la esfera psicológica, que está presente, incluso desde antes del desarrollo de esta patología, situaciones como: sufrimiento, soledad, desconexión del cuerpo, adicciones, e incluso el propio vínculo con la familia.

3.1 EL NÚCLEO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EL CÁNCER Y OTRAS PATOLOGÍAS

La familia, a veces es un lugar confortable, un pilar, es el primer contacto del sujeto, y otras veces, es un abismo, una ausencia, un dolor, o una carga. Uno no elige a su familia, dicen por ahí, sin embargo, esa familia va a dejar huellas para toda la vida. A veces, en la interacción familiar es donde posiblemente se comienza a gestar la patología. A veces, la patología está tan profundamente enraizada, que cuesta darse cuenta que ya forma parte de uno mismo, pues se le ha “alimentado” día tras día.

La salud es un estado subjetivo, y aunque haya signos de alerta, si la persona se siente cómoda en ese malestar, no hay mucho que se pueda hacer. Es difícil, que un sujeto se mantenga

saludable, cuando lo que le rodea está enfermo: ver la muerte de sus familiares por complicaciones con sus enfermedades crónicas, adquirir y repetir sus hábitos autodestructivos, así como sus discursos constantes sobre quejas somáticas, y culpabilizar a todo lo posible por lo sucedido, pero nunca hacerse responsable de sí mismo.

El círculo social primario del individuo, es responsable directo de la mayoría de los pensamientos que este tendrá a lo largo de su vida. La apropiación del discurso del otro y el autodiscurso, pueden ser tan perjudiciales como una diabetes descontrolada a largo plazo. Un ejemplo de ello se puede apreciar en el discurso de Beatriz, quien tiene diabetes mellitus tipo 2, donde ella recurre al uso de la “causalidad hereditaria”, el “castigo divino” y a la “resignación”, como justificantes de su enfermedad, concluyendo en que, todo lo que le sucede a ella es porque “así le tocó”. Aquí, Beatriz responde a la pregunta de si se enfermaba frecuentemente.

—Cuando era pequeña, no... ¡No! De hecho, la diabetes la tengo porque toda mi familia es diabética: mis tíos, mi mamá, mis primos, todos son diabéticos, no tengo ni para donde irme, entonces, ¿cómo no iba a padecer esa enfermedad? Si toda mi familia es diabética.

La genética, es un factor hereditario que predispone; pero, la familia o las ramificaciones del árbol genealógico, no sólo transmiten genes de uno u otro tipo, sino también formas de vivir a la nueva generación. ¡Toda la familia es diabética!, ¿por qué?, ¿qué sucedió en esta familia?, ¿nunca nadie se libró de este mal? La DM2 es prevenible cambiando ciertos hábitos, pero parece que, en esta familia, era lo que menos ocurría. Beatriz, recurre al argumento de “cómo no iba yo a padecer esta enfermedad, si toda mi familia es diabética”, ¡claro!, ni queriendo se salvan, sobre todo si se ha aprendido, repetido y creído el discurso de que lo que les sucede es por causa divina, y no por causa propia.

Por otro lado, Beatriz —quien fue alcohólica (*vide infra* p.76)— asegura que su diabetes es producto de la herencia familiar; pero en este caso, llama la atención que acepta que hay varios factores que la llevaron a desarrollar DM2 pero, al mismo tiempo, niega que su alcoholismo fue uno de esos factores, y que para nada este tiene relación con la DM2; o sea, no son —el

alcoholismo y la diabetes tipo 2— enfermedades concomitantes¹¹, ni comorbilidades, ni correlaciones, simplemente, para ella, no tienen vínculo. Sin embargo, hay acciones que se repiten cuando ella era alcohólica, así como ahora que tiene diabetes.

Raymundo:

—¿No crees que la diabetes sea el resultado del alcoholismo, o una sustitución de este, o sea, cambiar una enfermedad por otra?

Beatriz:

—¡No!, porque la diabetes, te digo, viene desde mi familia, de casi toda mi familia, por parte de mi mamá y por parte de mi papá; o sea, no es que sea obligado, sino que, la mala alimentación, la herencia de ellos, y no sé, la vida disipada que llevamos, contribuyó mucho; no es que era obligado a que me diera, pero si hay muchos factores que contribuyeron para que me diera diabetes.

El alcoholismo y la DM2, ambas son enfermedades que necesitan ser tratadas por especialistas, pero más que enfermedades, posiblemente representan “el síntoma” de una afección antañá —obviamente, cuando se hace referencia a “el síntoma”, es en sentido figurado, no se debe tomar de forma literal, pues claro que la diabetes tipo 2 es una enfermedad, con sus manifestaciones fisiopatológicas; sin embargo, se hace referencia a que algunas personas con DM2 no logran controlar sus niveles de glucosa y adherirse al tratamiento médico debido a conflictos psíquicos—. Ambas patologías, están relacionadas de cierta forma con la familia, de hecho, son muy similares en su comportamiento, así que es probable que compartan origen.

Volviendo al tema de la familia, de las múltiples y muy variadas formas de morir que existen a nivel mundial, parece ser que, en México, en particular, las únicas formas (cuando son debidas a causas propias orgánicas del sujeto y no por agentes exteriores) que se conocen, son el cáncer —de cualquier tipo— y la diabetes tipo 2; es como si ambas enfermedades fueran parte del contexto, de la cultura, del día a día, de la sociedad, como si fueran un acontecimiento inevitable, casi como si las personas tuvieran “fecha de caducidad”. En un caso particular, el de

¹¹ Ocurrencia conjunta de dos o más fenómenos. Que aparece o actúa conjuntamente con otra cosa.

Beatriz, ella comenta que las únicas causas de muerte en su familia son dos, como lo expresa a continuación:

—Mi mamá, mi abuelita, mis tíos, han fallecido sólo de diabetes y de cáncer.

Como queda de manifiesto, Beatriz remite que sus familiares sólo han muerto de estas dos causas; como si se tratara de un “castigo divino”, o de una “maldición” sobre su familia; obviamente, excluyendo a aquellos de sus familiares que han fallecido por causas no naturales (“adquiridos”, como pueden ser: virus, infecciones; o “de causas sociales”, como, desigualdad, pobreza, agresiones, accidentes, etcétera.). Parece o pareciera que existe una comorbilidad entre la diabetes tipo 2 y el cáncer, sin embargo, se dejará este vínculo al área médica; pero sí sorprende, que a pesar de que ambas enfermedades son crónicas degenerativas y principales causas de muerte en México (además de la obesidad y enfermedades del corazón —ambas relacionadas con la DM2—), se le da mayor importancia al cáncer (a pesar de sus diferentes grados; o sea, en estadios tempranos, y tratado correctamente, el cáncer se puede curar... la mayoría de las veces), tal vez, esto tenga que ver, con el símbolo y toda la carga emocional que representa el cáncer; sin embargo, algunas veces, el cáncer se puede extirpar, mientras que la DM2, no.

Existe una fuerte tendencia en la sociedad por simplificar las cosas. A pesar de que un acontecimiento este influenciado por pequeñas situaciones, casi siempre se dirá que el responsable es la última. A continuación, se observa que Beatriz minimiza a la DM2 y deja de lado otros factores relacionados con el fallecimiento de su familiar. El contexto, es el siguiente: la persona (la mamá de Beatriz) tenía diabetes tipo 2, nunca fue a un chequeo y se le detectó cáncer en una etapa avanzada, así como también, se negó al uso de medicamentos y terapias, lo que aceleró su proceso de muerte. En conclusión, ¡sí!, la causa de muerte fue el cáncer, pero los factores que aceleran o disminuyen la causa de muerte son más importantes; el desconocimiento, así como el poco interés por la enfermedad, pueden acelerar el proceso de muerte.

—Mi mamá murió de cáncer en la matriz, adquirió el virus del papiloma humano; aparte de que tenía diabetes. Nunca controló su diabetes, de hecho, casi al final de sus días, quedó ciega, y pues, lo que la vino a matar, fue el cáncer, más que la diabetes, pero sí, su diabetes estaba muy descontrolada, y nosotros como no teníamos diabetes, o yo no tenía diabetes, no estaba tan informada como lo estoy ahora. Si yo en ese tiempo hubiera sabido todo lo que sé ahora sobre la diabetes, y si tal vez ella sólo hubiera tenido diabetes —y no cáncer—, no hubiera fallecido, pero desgraciadamente en ese tiempo éramos muy ignorantes respecto a esa enfermedad.

Continuando, y como se menciona con anterioridad, se le resta importancia a la diabetes que puede ser factor desencadenante de comorbilidades fatales. El poco control de la diabetes exacerba¹² los síntomas propios de la diabetes, así como también la de otras patologías, como el cáncer. A pesar de que la diabetes discapacita crónicamente, pierde fuerza ante otras patologías, esto, tal vez, porque el sujeto considera a los síntomas de la DM2 como parte de sí mismo. Por otro lado, reluce la palabra “desconocimiento” pues parece ser que ésta es más degenerativa, que la enfermedad misma.

En otra línea, cuando las personas tienen un padecimiento crónico, comparan su estado de salud con el de sus familiares y conocidos —que también tienen o tuvieron la enfermedad—; esta acción se realiza como marco de referencia y como una forma de autoexplicarse la propia enfermedad y así disminuir la ansiedad que produce el terror a lo desconocido. Sin embargo, hay diversos mecanismos en el pensamiento y en el discurso del sujeto al tratar de explicarse la enfermedad y la muerte de sus seres allegados; principalmente recurre al uso de la racionalización, el desapego y al alejamiento de la situación; complejos mecanismos que “encapsulan” y protegen/dañan al sujeto; esto es adaptativo para su ansiedad —porque disminuye—, pero inadecuado para su salud —porque la descuida—; este “encapsulamiento”, no le permite entender las circunstancias, así como tampoco tomar en serio su tratamiento médico y a su enfermedad. Beatriz, al relatar la enfermedad de su familia muestra desapego de la situación, como si hablara de “panes caducados”, aun cuando ella padece la enfermedad que mató a sus familiares; comparte lo siguiente:

¹² Agravar o avivar una enfermedad, una molestia.

—Hay uno que falleció hace como cuatro o cinco años, que nunca se le encontró la causa de su muerte, pero sí tenía diabetes, y según tenía cáncer en la médula o en los huesos, no sé, pero supuestamente murió de cáncer, y también, varios tíos murieron de cáncer, y también, varios murieron, sólo de diabetes.

En el testimonio de Beatriz se puede observar un alejamiento de la situación; habla como si se tratara de un suceso cotidiano, aparte de que no se incluye a ella en el relato, como si a ella no le fuera a pasar, o como si faltara mucho para eso. Otro punto importante, y como se ha visto a lo largo del texto, es la recurrencia de Beatriz a la incoherencia en la construcción de sus anécdotas, pues expresa que uno de sus familiares tenía diabetes y cáncer en los huesos, pero que nunca se supo la causa de su muerte; o sea, “el familiar tuvo dos enfermedades crónicas graves, pero quién sabe qué lo mató”, resulta interesante el vacío de su explicación.

Hasta aquí, la DM2, parece ser una red, o una telaraña que atrapa a la mayoría de los familiares. Es como si se “transmitiera”¹³ de generación en generación, sin embargo, es muy probable que lo que se “transmita” sean los conflictos, los tipos de pensamiento, las creencias, etcétera. En el siguiente ejemplo, Beatriz habla sobre su abuela, en donde expone ciertas características y actitudes, sin embargo, no parece ser consciente de que ella también repite esos comportamientos (*vide infra* p.69). Algunas personas adultas de generaciones anteriores (p. ej., los abuelos), posiblemente, no cuidaban de su salud o les era totalmente indiferente, porque desconocían sobre la enfermedad y sus síntomas, aunado a ello, la DM2 tiene una manifestación lenta y similar a la degeneración que produce la edad, no obstante, ¿qué es lo que ocurre con Beatriz?, pues ella misma mencionaba que ahora está muy bien informada sobre la enfermedad, sin embargo, pareciera como que no le interesa cuidar su salud (*vide supra* p.66).

—Y mi abuela también murió de diabetes. Era bien gorda y grandota mi abuela, pero me acuerdo de ella que siempre se andaba restregando los ojos [referencia a que estaba

¹³ Obviamente en sentido figurado, pues la DM2 es una enfermedad no transmisible.

quedando ciega], y siempre comía de todo, hasta se echaba sus cervecitas, pero también igual murió de diabetes. Sus hijos, murieron diabéticos también.

La abuela de la entrevistada se comportaba como si tratara de demostrar que no estaba enferma, que nada malo le pasaba, que era fuerte... y como la manifestación de los daños que se gestaban con esa actitud en ese momento eran a largo plazo, y muy rara vez inmediatos, no le vio relación dañina entre su mala actitud y comportamiento, con las consecuencias.

Comenta Beatriz, que todo se repite, y que es como un patrón de aprendizaje. Tres generaciones de “negación” de la enfermedad, de hacer lo contrario a lo que se pide, e incluso, ya con conocimientos sobre la enfermedad, y experiencia por ver la muerte de sus familiares, aun así, ella sigue el mismo patrón.

—Pero creo que todo es un patrón; lo mismo que hizo su mamá —o sea, mi abuela—, lo mismo hacía ella. Su mamá nunca se cuidó, comía de todo, tomaba de todo, todo bien azucarado; e igual mi mamá, el mismo patrón llevó también, o sea, le daban toneladas de medicina, tenían una farmacia en bolsas de plástico de medicina, pero pues ahí, como que la bolsa se tenía que tomar las pastillas, porque ellas las almacenaban, no se lo tomaban, tampoco cuidaban su alimentación, tampoco cuidaban sus niveles de azúcar, nada, ni se tomaban las muestras de azúcar que se tiene uno que estar tomando constantemente; bueno, no es que no se acordaran, sino también debido a la ignorancia, no se lo hacían.

En un comentario anterior, Beatriz hace mención sobre que su mamá falleció de diabetes porque no conocían cómo sobrellevar la enfermedad; sin embargo, a continuación, ella dice que ahora tiene mucha información sobre la patología, pero que, a pesar de eso, no le interesa cuidar su salud en lo más mínimo. El problema, al parecer, radica en el cambio de la alimentación, y no tanto, en las otras indicaciones médicas.

—No, ahora ¿Cómo te dijera yo? Ahora tengo mucha información acerca de la diabetes, ahora yo soy la que a veces se quiere hacer “pato”, o quiero omitir algunas

indicaciones médicas, sobre todo en la alimentación. A veces digo “me voy a comer un pancito, no afecta mucho en mi salud”, obvio que sí afecta, pero a veces gana la tentación y dice uno: “me voy a comer dos galletitas nada más”, pero la tentación es bastante grande, tiene uno que estar luchando constantemente con eso, de que no debes de consumir azúcares, no debes de consumir harinas, no debes de comer sopas, un montón de cosas, hay que estar luchando contra ese deseo. Y llega un momento en el que dices, ya para que le metes tantas cosas al estómago, con que esté lleno, ya no importa que le meta uno.

Beatriz, en este último fragmento de la entrevista, comenta dos cosas interesantes, la primera, es que la forma de entender su enfermedad está construida en un mito. No existen los alimentos prohibidos para las personas con esta enfermedad, simplemente tiene que ser consciente de su alimentación y aprender a comer en porciones. Por otro lado, el conflicto gira en torno a la alimentación, no parece estar relacionado con la nutrición, sino más bien, con la necesidad de reducir la tensión, como ella misma menciona “hay que estar luchando contra ese deseo”.

La persona con DM2, ve al médico como su enemigo, tal vez porque teme que este le quite “su caparazón”. O tal vez, porque cree que sus recomendaciones son una especie de castigo o una imposición. No se puede decir, que ellos —las personas con DM2— sean masoquistas, ni que busquen la muerte, es sólo que la angustia es tan insoportable, que se prefiere recurrir a cualquier acción que la disminuya, aunque estas estén por encima de la propia salud.

—Y eran de la idea que decían: el doctor me prohíbe comer de todo, pero entre más me prohíba más como, y si me voy a morir, que me vaya yo bien llena, no muriéndome de hambre. Siempre tenían esa idea, una idea bastante errónea; pero, no, nunca cuidaron su alimentación.

En conclusión, la DM2 parece tener una estrecha relación con el ambiente familiar, un vínculo más allá de lo genético. Generación tras generación parecen compartir ciertos patrones

autodestructivos, y no es que “desconozcan” sobre su enfermedad, parece más bien que no quieren permitirse corregirlos.

3.2 DESCONOCIMIENTO E INCREDELIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD Y SUS SÍNTOMAS

En el apartado anterior, se hizo mención sobre “la ignorancia”, “el desconocimiento” y “la incredulidad” que tienen algunas personas con DM2 sobre su enfermedad. Es importante entonces, revisar a que se refieren estos conceptos.

La diferencia entre la diabetes tipo 1 y tipo 2, claramente no es el tratamiento —como se suele creer—; mientras que en la de tipo 1 se desconocen sus causas, en la de tipo 2 se le relaciona con la resistencia a la insulina, la cual es el resultado de una forma de vida. En la de tipo 1, sí que es mayormente necesario el uso de insulina, pero eso no quiere decir que en la de tipo 2 no se requiera de inyecciones de este tipo; existe toda una mitificación sobre los medicamentos y sobre la enfermedad, y el comentario de Beatriz —desde “el desconocimiento”—, lo demuestra.

—La diabetes tipo 1, son los que dependen de la insulina; y la diabetes tipo 2, se puede controlar con pastillas.

La entrevistada, no sólo no sabe sobre su enfermedad, sino que lo que sabe, lo sabe mal. Esta peculiaridad, también se puede encontrar en otro sujeto, en el caso de Ignacio; ambos comparten la característica de “incredulidad” y “desconocimiento” sobre su enfermedad, así como también, el poco interés por querer saber más sobre ella, lo que es negativo, pues es frecuente observar la desvalorización que se le da a la diabetes. Ignacio, piensa o cree, que “su diabetes” no lo va a matar y que no es tan grave.

Raymundo:

—¿Sabe usted qué tipo de diabetes tiene?

Ignacio:

—Pues, hasta ahorita no le he preguntado a la doctora, pero me imagino que es la más tranquila, porque dicen que, con la más brava, no aguantan mucho.

Por otro lado, desconocer el tipo de diabetes *per se*, no es dañino, pero sí lo son sus consecuencias, pues quien desconoce su enfermedad, también desconoce sus manifestaciones y algunas de ellas son graves, como la hiperglucemia e hipoglucemia, ambas pueden ser causa de muerte o de daños graves en el organismo, por eso es importante saber cómo manejarlas; pero para saber cómo tratarlas, hay que conocer sobre sus síntomas. La hipo e hiperglucemia son recurrentes cuando hay un mal control de la DM2.

Las personas con DM2, muy rara vez conocen lo que es la “hipoglucemia”, y mucho menos saben cómo tratarla o por qué se produce; sin embargo, como experimenta Beatriz, el que ella desconozca lo que es, no la hace invulnerable a la sintomatología. Ella ha tenido algunos síntomas de una leve hipoglucemia, pero al parecer no se ha enterado.

—Nunca he sentido mi azúcar baja, no sé cuándo es. He tenido síntomas de mucha debilidad y mucho agotamiento, pero no sé si eso sea el azúcar baja, la verdad, no conozco el síntoma.

La hipoglucemia, suele estar asociada al mal tratamiento de la diabetes tipo 2; algunos de sus síntomas son los siguientes: hambre, temblor, mareos, confusión, dificultad para hablar, sensación de ansiedad o debilidad, entre otros más graves (Mayo clinic, 2020). Oportunamente, se ve el desconocimiento sobre términos médicos por parte de la persona enferma con DM2; sin embargo, su desconocimiento no hace a la persona invulnerable a la sintomatología. Aunque, lo importante no es que la persona conozca la terminología médica, ni tampoco lo es, si son recurrentes los niveles anormales de glucosa en su sangre, lo importante es, que estos se manifiestan por un descontrol de la diabetes, lo que quiere decir, que la persona es

irresponsable consigo misma, al grado de que no le importa tener este incremento o decremento de glucosa.

La glucosa por encima de sus niveles normales en un tiempo prolongado causa daños al organismo a largo plazo, no obstante, el brusco incremento o decremento de glucosa, son más importantes porque causan daño irreversible inmediato; habría que analizar la participación de cada uno de los implicados en este proceso; en el caso del médico por no educar a su paciente o por hacerlo inadecuadamente —uso de tecnicismos, poca profundidad en el tema, desinterés por explicar efectos secundarios de la medicación, etcétera.—, o del paciente, que aunque “sepa” sobre la enfermedad, como mencionaba Beatriz, parece no interesarle en lo más mínimo. Todo ello tiene implicaciones en el autocuidado y con la representación de la enfermedad, o sea, la tendencia a minimizar a la DM2, como “ignorando” inconscientemente muchas de sus manifestaciones.

Algunas personas con DM2 parecen estar rodeadas de una estela depresiva: hay desinterés, poca motivación, descuido de la imagen propia, lo que conlleva a un descuido de la salud, por consiguiente, mayor desinterés, y así, hasta que se vuelve un bucle interminable; estas características, posiblemente influyen en la persona con diabetes a no cumplir con el tratamiento médico, pero ¿de dónde surgen?

Ahora, sobre los niveles de glucosa, es increíble cómo las personas con DM2, al momento de su diagnóstico, o sea, de ponerle nombre a sus síntomas, no se den cuenta, de que tienen su nivel de glucosa extremadamente —resaltando, ¡extremadamente!— elevado; como por ejemplo, en el caso de Beatriz, que dice que en su primera consulta le dijeron que su glucosa estaba aproximadamente en 560 mg/dl; cuando los estándares normales, no deberían sobrepasar los 160 mg/dl —y eso ya es elevado—; esto sólo demuestra, la tolerancia o adaptación que desarrolló el cuerpo ante las elevadas cantidades de glucosa (aparte de la resistencia a la insulina que, en pocas palabras, es la incapacidad de las células de utilizar adecuadamente la insulina. Por otro lado, “la adaptación”, se puede entender, como la comodidad que tiene la persona con su enfermedad, algo así como acostumbrarse a estar enfermo).

Para contextualizar lo antes mencionado, Beatriz recurrió a consulta porque días antes fue víctima de un asalto con violencia, e inmediatamente después del suceso, se sintió muy mal pues “se le bajó la presión” y le dieron un refresco de Coca-Cola para que se estabilizara, pero esta sensación de malestar continuó por algunos días más, lo que la obligó a recurrir a consulta en donde le confirmaron el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; es importante aclarar, que a ella le habían dicho con anterioridad que tenía prediabetes, también tenía sobrepeso, y era alcohólica (el fragmento de entrevista sobre este acontecimiento se expone más adelante).

—Ahí me dijeron: ¡ah! tienes tu azúcar hasta el quinientos sesenta... creo; de ahí me dieron tratamiento, y de ahí mi diabetes ya no bajó, porque hay personas que son pre diabéticas.

Beatriz, en este caso, no le da importancia a la diabetes, ni a los síntomas. Comenta que después de 5 años con la enfermedad, surgieron algunos síntomas más notorios, pero, aun así, no fueron tan relevantes como para modificar sus hábitos; luego, después de 13 años con diabetes, sigue sin preocuparse.

—Pero, después de los cinco años de diabetes, ya empecé a sentir los síntomas, y aun así no le tomé importancia, hasta ahora le estoy tomando importancia.

¿Por qué las personas no le dan importancia a la diabetes? En otra entrevista, otra participante, Flor, minimiza a la diabetes y maximiza sus otras patologías. Ella tuvo cirrosis hepática, que derivó del hígado graso (según su discurso). Esta otra patología —la cirrosis— sí tiene manifestaciones importantes, y por eso sí se le toma en cuenta; sin embargo, el hígado graso, pudo haber surgido por haber tenido diabetes, como una comorbilidad.

Raymundo:

—¿Qué enfermedad tiene usted?

Flor:

—La diabetes y cirrosis hepática que me detectaron, el hígado graso.

Raymundo:

—¿Sí?

Flor:

—Por esa razón es que me vino la cirrosis, por el hígado graso.

Por la cronología de tiempo, Flor enfermó primero de DM2, y posteriormente, de hígado graso y cirrosis; sin embargo, ella las describe como patologías distintas, por un lado, la DM2, que es inofensiva e insignificante, y por el otro, lo mortal que puede llegar a ser la cirrosis; aunque en realidad, todo ese largo tiempo con diabetes —25 años, en este caso—, y por la ingesta de medicamentos y de otros factores, era muy probable que se desarrollara “hígado graso” y por consiguiente la cirrosis.

Raymundo:

—¿Hace cuantos años que está usted enferma de diabetes?

Flor:

—Tengo como 25 años. Y de la cirrosis y el hígado, como 5 años que me lo detectaron.

En resumen, la diabetes es igual a cirrosis, la cirrosis es igual a muerte, por lo tanto, la diabetes es igual a muerte. Sin embargo, algunas personas con DM2 no pueden concebir esta idea, para ellos, cualquier otra patología tiene mayor relevancia que la propia diabetes, y esto posiblemente se deba a la ausencia de síntomas característicos de esta patología. Los síntomas suelen ser muy leves, casi imperceptibles, no trágicos, ni violentos y son progresivos y lentos, extremadamente lentos, al grado de que la persona se puede llegar a acostumbrar a ellos, aunque también es probable que haya una supresión de la enfermedad, o sea, no es una negación como tal, si no, una alianza, o como si la patología cumpliera una función, como si se le permitiera estar ahí.

3.3 ALCOHOLISMO Y “ANSIEDAD” POR COMER

3.3.1 ALCOHOLISMO

Algunas personas con DM2, tienen o tuvieron un vínculo muy fuerte con el alcoholismo; eso es, en otras palabras, beber en exceso, beber sin límites, una adicción. El por qué las personas son adictas a diferentes sustancias, es tema de otra investigación, pero, el perfil de la persona con DM2, es similar al de la persona con alcoholismo, ambos no reconocen su enfermedad, tienen poco autocontrol y buscan refugiarse (encapsularse).

Raymundo:

—¿Cómo era tu vida antes de los treinta?

Beatriz:

—Ah, pues, yo padecí alcoholismo. Como veinte años creo que tomé. Es algo que, cómo te dijera, me duele mucho esa etapa, porque de esa etapa —del alcoholismo—, descuidé muchas cosas, sobre todo a mis hijos, y es lo que tengo muy guardado en mi corazón, ese dolor de descuidar a mis hijos. Pero como siempre he sido madre soltera, pues he tenido que trabajar para poder darles alimento o vestido, calzado, todas las necesidades que tenemos nosotros; entonces quería hacerme en dos pedazos, cuidar a mis hijos y trabajar, pero pues las dos cosas no las podía hacer al mismo tiempo. Entonces, es una parte que me duele; el alcoholismo me hizo hacer muchas cosas que también me da coraje, me da tristeza, no sé, varias cosas, porque, hice ridículos; el alcohol me hacía pelear con las personas, personas más allegadas a las que yo estimaba, bueno un montón de cosas, pero de enfermedad, no padecí ninguna.

En este extracto de entrevista, se puede destacar la palabra “dolor”, que hace referencia al sufrimiento, Beatriz trata de darle muchas explicaciones a este sentimiento, sin embargo, a lo largo de toda la entrevista, el término es recurrente, de hecho, el sufrimiento al que ella hace mención se le puede encontrar antes de su alcoholismo (*vide infra* p.90), y continúa aun hasta en su diabetes (*vide infra* p.93). Por otro lado, las situaciones que la llevaron al alcoholismo son muy importantes, porque puede ser que en la actualidad su alcoholismo haya remitido, pero

todos aquellos eventos y vivencias que la convocan aún continúan, o sea, la verdadera enfermedad aún está presente; otro punto importante, es que Beatriz enfermó de DM2 en los últimos años de su alcoholismo. Claro que esto no significa el relevo de una enfermedad por otra, pero sí parece un continuum.

Por otro lado, es curioso, como Beatriz siente dolor, coraje, tristeza, así como que también es consciente de que su alcoholismo fue una etapa desagradable en su vida, pero asegura que nunca tuvo alguna enfermedad. Al parecer, la enfermedad, sólo existe para la persona cuando “tiene síntomas físicos”, porque, aunque sientan dolor, coraje y tristeza creen estar bien.

Beatriz inicia con el alcoholismo a una edad muy temprana, y al parecer, el motivo era huir de su realidad y de sus problemas; ella, ahora en una versión adulta, se da cuenta de que ello estuvo mal, pues le trajo muchas consecuencias, también es consciente de que al padecer alcoholismo desarrolló diabetes, esto no quiere decir que el alcoholismo provoque el desarrollo de la diabetes, pero el constante daño al cuerpo, puede predisponer a este último.

—Llegué a la adolescencia, empecé con el alcoholismo, el alcoholismo trajo muchas consecuencias, después del alcoholismo, o bueno estando en el alcoholismo, me da la diabetes.

Es de interés, ver como ella sabe que tiene conflictos emocionales, pero la explicación que da, es que estos surgen de una sustancia, y no, de todo lo ocurrido en su vida. Ella comenta que “los fantasmas que traía dentro” (traumas, tal vez) la hacían ser conflictiva, aunque necesitaba de la sustancia para poder serlo, pues si no la consumía, no ocurría.

—Antes, ya tomada me gustaba —no es que me gustara, sino que, era una reacción del alcohol...creo, o no sé, si fantasmas que traía dentro, no sé si eso me provocaba, ya con tres tragos, cuatro tragos encima— buscar problemas, buscar pleito con las personas con las que estaba tomando, o con otras personas, pero, cosa que cuando estaba en juicio no me atrevía a hacerlo, pero ya estando con unos alcoholes encima, no me importaba buscar pleito, y no me importaba las consecuencias de ese pleito; cómo

te dijera, en juicio nunca tuve ese valor para pelearme con las personas como cuando estaba tomada, por eso te digo que era conflictiva, pero en juicio nunca tuve problemas con nadie.

En la comparación de la DM2 con el alcoholismo; Beatriz sugiere que el alcoholismo es más terrible que la diabetes, faltó consultarle por qué lo considera así; sin embargo, esta comparación, nuevamente deja ver que a la diabetes se le toma como a un chiste, como algo que no afecta, que no importa, como una “sombra”, cuando en realidad pudo ser el resultado de una vida catastrófica, llena de problemas psíquicos, como la tristeza y la culpa. En este proceso, acontece la aparición de la pareja en la persona con DM2 y alcoholismo.

Raymundo:

—¿Es más horrible que la diabetes?

Beatriz:

—Pues, creo que sí.

—Y, aparte, en bastante me ayudó una pareja que tuve, me hablaba siempre todos los días... ¡todos los días!, que estaba mal lo que estaba haciendo, que dejara el alcoholismo, que no me ayudaba en nada, que tratara yo de vivir mi vida tranquila, y bueno, esa persona la conocí cuando tenía treinta y siete, creo que le llevaría como unos cuatro años estarme convenciendo, de hablándome diariamente, ¡diariamente!, de que dejara el alcoholismo, hasta que logré dejarlo.

Las acciones que hizo su pareja, de “hablarle” todos los días, demostró el interés y preocupación por el estado de salud de la entrevistada; después de cuatro años, de mostrar que estaba ahí, que era un apoyo, que cubría esas carencias emocionales, logró que ella eliminara el alcoholismo de su vida completamente.

3.3.2 “ANSIEDAD” POR COMER

La persona con DM2 entiende que el tratamiento, así como su problemática, radica, principalmente, en su alimentación. Beatriz, en esta parte de la entrevista, comenta que ya no puede comer nada, y que vivir así, no es vivir. Pero a veces —la mayoría de—, esta “tentación” le gana, y esta situación afecta su estado anímico, pues, el saber que no puede comer lo que le gusta, el saber que se le impone algo, el luchar contra sus deseos, le crea una sensación de disgusto, rencor, molestia y enojo —¿y a quién no? —.

—Igual me pasa con el café, trato de evadirlo, sustituirlo con otras cosas, con té, o lo que sea, pero no, tengo que apaciguarlo; las cosas muy grasosas, de repente a veces me ganan, el pollo que lleva tanta grasa —no recuerdo cómo se llama—, que lleva mucha grasa, me gustaba mucho también, varias cosas muy grasosas, embutidos, leches, cremas, nada puedo comer ya, ¡nada! Eso me tiene mal, me da mucho coraje, de que no puedo comer nada. Entonces yo digo, que viva la diabetes en mí, si quiere vivir pero que me deje comer, aunque sea algo, pues te quita todo totalmente, ¡todo!

En este estado, ella acepta a la diabetes, pero se niega al cambio, pues esta sensación le genera mucha tensión y angustia en el cuerpo, situación que resolverá de dos maneras, 1. conteniéndose aún más, aumentando la sensación de ansia o 2. cayendo en atracones para disminuir la tensión, lo que le genera culpa.

La principal afectación que sufre la persona con DM2 es el “antojo”, la poca saciedad, o las ganas de comer sin parar, especialmente, de alimentos que se supone son “prohibidos”. Estas “ansias” puede tener una explicación metabólica, pues, es probable que el cuerpo no esté resolviendo bien sus necesidades de glucosa, y cree necesitar más, así también, estas “ansias” por comer se pueden confundir con la sensación de tener sed. Sin embargo, hay un dato importante que menciona Beatriz, y es que dice que necesita estar masticando algo, aunque sea una goma de mascar, que puede estar relacionada con un estado de tensión, mientras reprime sus deseos de alimentarse.

—Ansiedad siempre tengo, siempre quiero estar comiendo sin límite, no sé por qué, no sé porque tengo esa ansiedad de estar come, come y come, que tengo que estar, aunque sea masticando un chicle, pero tengo que estar moviendo mi mandíbula, no sé porque, entonces, intuyo que eso es ansiedad.

Cuando Beatriz hace referencia a la ansiedad, lo hace en el sentido de una sensación de angustia en el cuerpo, y no tanto a la presencia de pensamientos obsesivos y recurrentes.

—Pero, como le digo a mi hija, tengo que distraer mi mente, en lo que como, en lo que llevo algo a mi estómago, tengo que saber qué cosas van a mi estómago, y no mi mente me va a decir: quiero azúcares, quiero café, quiero cosas, sino que no me va a dominar mi mente, tengo que tener yo esa fuerza de voluntad, de decir, bueno quiero un café, me voy a hacer un té, un té verde, un té de cáscara de piña, no sé, sin azúcar, y con eso sustituyo mi ansiedad, pero si tengo que consumir algo, entonces eso es lo que no he logrado controlar, la ansiedad, pero sí ya controlo que cosas voy a meterle a mi estómago, cosas sanas, ya no grasosas, ni que me hagan daño.

“Que viva la diabetes en mí si quiere”, “siempre tengo que estar comiendo sin límite”, “eso es lo que no he logrado controlar, la ansiedad”, estas frases expresan una posible separación de la psique con el soma. Beatriz percibe a su cuerpo como un otro, como si ella hubiera sido introducida a propósito en ese cuerpo y tuviera que cargar con ese calvario. Está separada de su cuerpo, y su soma constantemente le hace demandas para recordarle que está ahí.

Hasta ahora, se han resaltado ciertas características que rodean a algunas personas que tienen DM2, por ejemplo, la minimización que se hace sobre la DM2 ante otras patologías, ignorar inconscientemente las manifestaciones de la enfermedad, el dolor y sufrimiento presente a lo largo de casi toda la vida, las ganas de comer sin parar y, la sensación de tensión y angustia en el cuerpo, la influencia familiar, el alcoholismo como defensa y a su vez, lo parecido con la DM2, el encapsulamiento, y la importancia de la pareja.

3.4 SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO

2

El diagnóstico de esta enfermedad, casi siempre viene acompañado de una historia que involucra un susto, una sobrecarga, una sorpresa desagradable o una situación intolerable. A continuación, dos ejemplos de ello; Beatriz e Ignacio cuentan cómo fue el proceso de su diagnóstico.

Beatriz, era una persona con sobrepeso, a la cual se le había explicado con anterioridad que padecía prediabetes y que debía modificar sus hábitos, pero ignoró el consejo y siguió haciendo lo mismo de siempre; algunos años después, sufrió un asalto, y se asustó mucho, pues el suceso la acercó a la muerte, pero por suerte no pasó a más, todo quedó en un susto, aunque al parecer, ese “susto” la perseguirá por siempre. Ella empezó a experimentar resequeidad en la boca, nerviosismo y temblores, síntomas normales, pues constituyen la respuesta propia del cuerpo ante una situación de riesgo; sin embargo, el proceso químico que ocurrió dentro de ella, fue tal, que se sintió así a lo largo de la tarde y del día siguiente, motivo que la llevó a ir a consulta médica en donde le confirmaron el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Raymundo:

—¿Qué te hizo ir al médico?

Beatriz:

—Fue por el susto, porque tenía la boca muy reseca y me sentía muy nerviosa, como temblorosa.

Raymundo:

—¿El mismo día o días después?

Beatriz:

—El mismo día que me pasó ese asalto, y así estuve toda la tarde, al otro día temprano me fui mejor al médico para ver qué estaba pasando.

En este caso, podría ser que Beatriz ya tenía DM2, y el acontecimiento fue lo que la acercó al médico quien simplemente le confirmó el diagnóstico, tal vez por eso, sus síntomas se sintieron más intensos. Por otro lado, ella dice que después del susto, le dieron un refresco de Coca-Cola para recuperarse, y que este es el motivo por el cual le dio diabetes —el susto y la Coca-Cola—, ignorando completamente que tenía sobrepeso y prediabetes, pues desde sus creencias “es malo darle Coca-Cola a las personas después de que tienen un susto porque les puede dar diabetes”.

—Ese día, en ayunas, me fui a hacer mis estudios del azúcar, y pasé con el médico, ahí fue donde me dijo: “mira, tus análisis dicen que estás con tu azúcar altísima ¿por qué?, ¿qué fue lo que pasó?” Y ahí fue que le empecé a contar, que me habían asaltado y que me espanté muchísimo, que me sentía muy alterada. Me dijo, “tienes tu azúcar alta”. Me recetó unos medicamentos, que eran de diabetes, de ahí volví a ir al mes, para que me volvieran a checar y me dijo: “sigue tu azúcar alta, bajó un poquito, pero sigue alta, así que, contrólate porque ya eres diabética”.

Por otro lado, Ignacio cuenta una anécdota parecida a la de Beatriz, refiere que se le diagnosticó diabetes después de un susto o una sorpresa muy impactante. Él describe que sintió un “calorón” en el cuerpo, mientras que Beatriz, un “nerviosismo” muy intenso; en ambos casos fue una impresión fuerte, la única diferencia, es que, en la historia de Ignacio, fue un accidente laboral, mientras que, en el de Beatriz, un asalto. Otro dato importante, es que ambos mencionan que ya estaban predispuestos. Lo que no se sabe con certeza, es, si ellos ya tenían DM2, y sólo bastó la situación para recurrir a consulta médica y que les dieran el diagnóstico, o si ese “calorón” que describen, es el principal síntoma de que llegó la diabetes.

Ignacio:

—Yo tengo once años que me pegó el azúcar.

Raymundo:

—¿Once años?

Ignacio:

—Sí. Estábamos arreglando una corriente eléctrica y se me hizo fácil cortar un cable de luz, pero no me di cuenta de que la corriente pegó con una lámina, y me agarró, hasta un agujerito me hizo.

Raymundo:

—¿A poco?, ¿lo aventó?

Ignacio:

—No, nada más ahí me pegó el calorón, y ya, empecé con el azúcar.

Raymundo:

—¿Se puede decir que fue después de un susto?

Ignacio:

—Sí, fue un susto, o sorpresa, o estaba yo propenso.

De forma global, es interesante, y a la vez complejo, cómo ocurre el desarrollo de la DM2 en el cuerpo de la persona; sin embargo, lo importante, es lo que ocurre después. Es sorprendente el nulo interés o la poca importancia que da la persona al diagnóstico de diabetes.

3.5 REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Hasta cierto punto, los síntomas de la DM2 no son muy graves al inicio de la enfermedad; sed, frecuencia urinaria, piquetes a lo largo del cuerpo, fatiga, etcétera, no representan un estado de gravedad y de urgencia en esos momentos, lo grave de la DM2 está en su cronicidad y en su degeneración. La enfermedad avanza tan lento, que de repente las heridas ya no cierran, los calambres se vuelven muy frecuentes, los órganos se dañan y la persona se vuelve vulnerable a infecciones, sólo hasta ese entonces, la diabetes se torna relevante para la persona, antes no; y como la DM2 avanza con el pasar de los años, es frecuente que se confunda con los efectos secundarios de este último, o sea, que los síntomas antes descritos, se entiendan como consecuencia de la edad y no tanto de la DM2.

Cuando algunas personas con DM2 se enfrentan a su diagnóstico ocurre un peculiar suceso: no hay respuesta emocional, simplemente responden con un “ya lo esperaba”.

Raymundo:

—¿Qué sentiste cuando te dijeron “eres diabética”?

Beatriz:

—Nada, porque ya lo esperaba. Sabía que toda mi familia era diabética, así que ya lo esperaba.

Llama la atención, que no le genera ninguna emoción, ni ningún tipo de pensamiento, es como incredulidad, por consiguiente, la persona con DM2 no cambia su forma de vida, no le da importancia, no lo considera necesario, al menos, no al principio.

Raymundo:

—¿Cómo cambió tu vida cuando te dijeron que tienes diabetes?

Beatriz:

—Pues no cambió en nada.

Raymundo:

—¿Todo siguió igual, seguiste comiendo lo mismo, tomando, saliendo a los mismos lugares, frecuentando a las mismas personas?

Beatriz:

—Pues creo que sí.

La apatía que existe al momento del diagnóstico, se repite una vez y otra vez a lo largo de la vida en el discurso de la persona con DM2. El paciente (dicho desde el lugar que le ha asignado la medicina) tiene nulos sentimientos en cuanto al símbolo de la enfermedad, al parecer, porque “ya lo esperan” o “ya lo saben”, aunque con el tiempo, surge el remordimiento, la sensación de injusticia, tristeza y culpa, sobre todo cuando los síntomas se hacen más evidentes.

En este ejemplo se refleja lo que se relaciona a los síntomas de la diabetes con aquellos propios de la vejez o el desgaste de la edad. Hay ausencia de emociones cuando se sabe el diagnóstico y el símbolo de la enfermedad para quien es diagnosticado, carece de afecto.

Raymundo:

—Regresando un poco en el tiempo ¿Qué sintió usted cuando le dijeron que tenía diabetes? ¿Qué pensó?

Ignacio:

—No me espanté. Nada, al contrario, dije “ya es la edad”. A veces digo “si ya tengo la enfermedad, me voy a echar un mezcalito”, y ahí la llevo.

También, hay una desconexión del cuerpo, una escisión; por un lado, está el pensamiento, el “ser”; y por el otro está el cuerpo. Se entiende entonces, o entienden estas personas con DM2, que quien enferma, es el cuerpo, y no “ellos”. En cuanto a la condición anímica, según explica Beatriz, se debe a que de cierta forma es consciente de la vida que llevaba, por lo cual, es esperable que algo así ocurriera. De otra forma, es el dolor representado en el cuerpo, claro, a través de un largo proceso.

Raymundo:

—¿Pero sientes culpa por estar enferma, o enojo con la enfermedad, o tristeza, o de plano ninguna emoción?

Beatriz:

—Cuando me lo dijeron no sentí nada, porque ya era algo que me esperaba, pero si me he preguntado muchas veces ¿por qué a mí? Pero como dice el dicho, el cuerpo te pasa una factura, de todo lo desordenado que has sido en tu vida y que no has cultivado la buena alimentación, entonces, obvio que el cuerpo —yo así lo veo— es como un robot, como una máquina, se le descompone... no sé, una parte, hay que tratarlo, ponerle aceite, o algo para que siga caminando la máquina, pero, tristeza que me haya dado por recibir la noticia, no, dije “¡ah! bueno, ya lo sabía”.

La representación del “diagnóstico” para la persona con DM2 sufrirá modificaciones a lo largo del tiempo conforme agrava su estado físico. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 comentan que en el transcurso de su patología pasan por diferentes etapas. Una de esas etapas —la primera—, es la que menciona Beatriz, quien explica que la ausencia de los síntomas

físicos, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta los primeros cinco años aproximadamente, le hacen creer que no está enferma en realidad.

Esta primera etapa, no parece ser una “negación” de la enfermedad, más bien parece ser una etapa “latente”, en donde se asocia la idea de que, si no hay síntomas, no hay enfermedad; no es una negación como tal, pues un ejemplo de la negación sería que la persona no quisiera estar enferma o no aceptara el diagnóstico a pesar de la evidencia; en este caso, sí se acepta el diagnóstico, pero no se le da importancia, tal vez, por la ausencia de síntomas.

Luego de mantener la glucosa constantemente elevada en los próximos años (de cinco a ocho, para Beatriz), es obvio que el cuerpo lo resiente, y es ahí en donde empiezan las manifestaciones sintomáticas un poco más graves, y entonces, la persona con diabetes, pasa a la siguiente etapa y confirma su enfermedad, pero sigue sin tomarla muy en serio.

—Etapas son las que te digo que —hablando de la diabetes—, de inicio, los primeros cinco años, no sentí nada, ningún síntoma, es una etapa que dices que no hay nada, después de los cinco a los ocho años, ya empecé a sentir pequeños síntomas, ya fue donde dije “no pues sí está cabrón esta enfermedad, sí la tengo entonces”.

Ahora, se expone una conversación que mantuvo la entrevistada con otra señora que también está enferma, en esta, Beatriz, quien actualmente tiene 13 años con la enfermedad y su conocida, más de 25 años con diabetes tipo 2 (tal vez se trate de una exageración por parte de la señora; así como también se desconoce si se ha cuidado o no; pero más de 25 años con la enfermedad —de ser cierto—, demuestra que se puede vivir más allá de un cuarto de vida con esta patología). En el diálogo, la entrevistada manifiesta sentir “mucho calor” (que podría ser un bochorno, pues Beatriz es mayor de 40 años), a lo que la otra señora le responde que después de 25 años con diabetes, ya no se suda¹⁴. Estas manifestaciones, en realidad son “grados” de degeneración que ha sufrido la persona con diabetes. La única mención en cuanto a lo anímico, es nuevamente la sensación de inseguridad, debilidad y miedo. Por otro lado, se

¹⁴ Este síntoma se conoce como “anhidrosis”, y puede producirse por neuropatía (enfermedades que causan lesión en los nervios, como lo son diabetes, entre otros; así como algunos medicamentos como la morfina).

hace mención de una tercera persona, que cuenta su experiencia y dice que se le han caído los dientes debido a la enfermedad, aspecto que confirma la entrevistada. Entonces, se introduce la etapa 3, que va de los ocho hasta los 13 años aproximadamente, donde se manifiesta incertidumbre sobre el futuro de la enfermedad; y la etapa 4, que va más allá de los 20 años con diabetes tipo 2, que es un grado de degeneración mayor.

Beatriz:

—Y empecé a preguntar con varias personas que tienen diabetes, y me han dicho “vas a pasar de tal etapa a tal etapa”. Platiqué con una señora que tiene veinticinco años con diabetes, hace como cuando yo tenía ocho años con diabetes, yo le dije:

—Como siento calor, no sé si es por la diabetes, siento muchísimo calor, estoy sude y sude, y sude y sude.

—¡Ay! Dichosa, me dijo. Dichosa usted que suda todavía, yo tengo veinticinco años con diabetes y ya no sé qué es sudar, dice.

—¿Cómo? Le dije.

—No, dice, ya a esta edad que tengo con la diabetes ya no se suda.

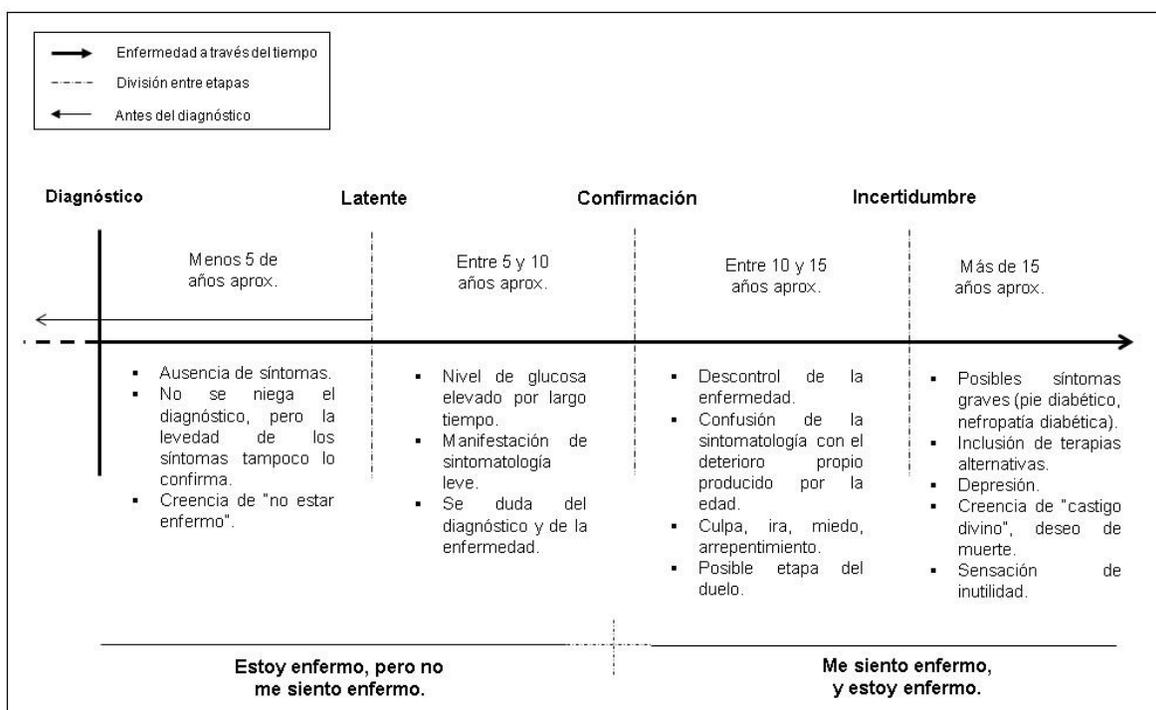
—Ay no lo creo, le digo.

—Sí, de verdad, cuando llegue usted —si es que llega, me dijo—, a la edad que tengo con diabetes, ya no se suda, camina uno inseguro, siente uno que se va a caer, y muchas cosas me contó. Y le digo “no creo”. También una tía me dijo “no hija, se te van a caer los dientes, te van a pasar muchas cosas”, tampoco lo creí, y ¡sí!, ahorita se me están cayendo los dientes; y ya no quiero seguirme deteriorando más, voy a tratar de cuidar mi salud, por eso te digo que hay muchas etapas, y en lugar de ir quitándose, va avanzando... ¡Va avanzando!

En resumen, las etapas son en realidad la degeneración que provoca la enfermedad a lo largo del tiempo (diagrama 3), y el daño a la autoimagen que sufre la persona con diabetes tipo 2; es difícil, separar hasta qué grado son causadas debido a la edad, y hasta qué grado son por la enfermedad, pues esta confusión, es la que tal vez hace que la persona con DM2 no tome su enfermedad muy en serio. Otro dato importante, es que la entrevistada quiere curarse, quiere cuidarse, lo anhela, lo desea, pero no hace nada por ello, al contrario, parece llevarle la

contraria a su deseo. En esa línea, una vez instaurada la enfermedad, comienza un proceso de demacración, degeneración, no obstante, lo que le interesa a la psicología, es por qué estas personas caen en el autoabandono, o sea, son conscientes de su enfermedad, pero al mismo tiempo, inconscientes de sus acciones, de sus palabras.

Diagrama 3. Etapas de degeneración producidas por la DM2



Fuente: Elaboración propia.

3.6 TRISTEZA, CULPA, SUFRIMIENTO E INTENTOS SUICIDAS

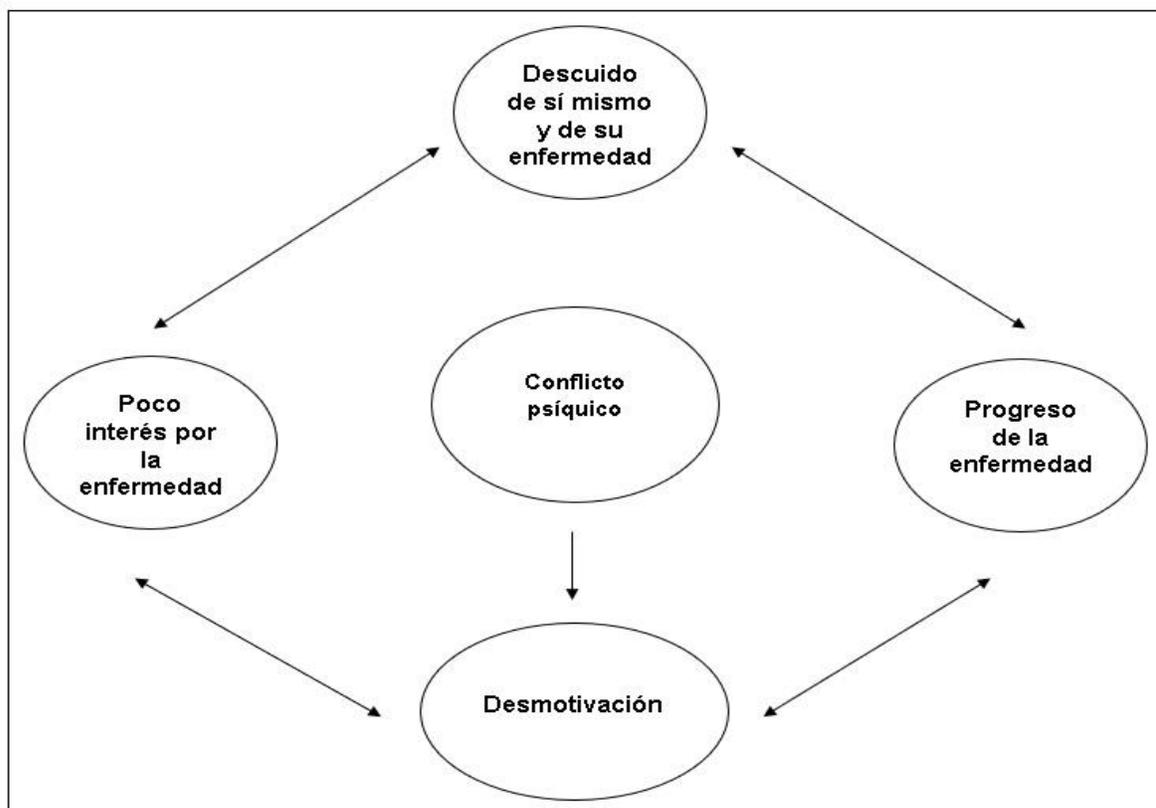
La persona con DM2 sufre la pérdida de sus capacidades, de su autoestima y de su motivación, es como si estuviera muerta en vida. Es consciente de que su enfermedad es progresiva y degenerativa, pero inconsciente de su discurso, de sus acciones, de su cuerpo.

La persona con DM2, tal vez viva un duelo relacionado con la pérdida de su salud y de otros eventos de su vida. Acepta su enfermedad, pero no tiene las ganas —aparentemente— de

querer recuperarse; parece como si cayera en un círculo vicioso, en donde al descuidarse a sí misma genera que su enfermedad progrese, y ese progreso de la enfermedad la desmotiva, y la desmotivación hará que tenga poco interés en su enfermedad, por lo cual se descuida nuevamente, y esto se volverá un bucle interminable (diagrama 4). Pero esa espiral de autodestrucción tiene que iniciar en algún punto, y ese, posiblemente, sea el conflicto psíquico. En el siguiente extracto de entrevista, Beatriz compara su estado de salud con el de otras personas.

—Porque conozco a personas que tienen mí misma edad y se ve su carne firme, se ven vitales, pero están sanos, no tienen diabetes, entonces esto, te va quitando entusiasmo, te va quitando, cuando te sientes seguro, cuando todo está funcionando bien en ti, y como tienes diabetes y tu salud va cayendo día con día, te baja la autoestima más que nada.

Diagrama 4. Bucle autodestructivo



Fuente: Elaboración propia.

En el autodiscurso de algunas personas con DM2 se encuentra la recurrencia a frases como “no sirvo para nada”, “no me necesitan” y “qué sentido tiene mi vida”; frases que se pueden conectar con una visión depresiva de la vida. La persona se siente como un objeto, y es incapaz de encontrar un motivo de vida.

Beatriz:

—A veces pienso, bueno hace como cuatro meses tuve una depresión y decía yo que ya no servía para nada. Muchas personas me decían “tienes a tus hijos”, “pero mis hijos ya están grandes, ya pueden hacer su vida, no me necesitan”, “pero tienes a tus nietos”, “pero mis nietos tienen a sus papás quien los críen, o sea, ¿qué sentido tiene mi vida? ¿qué sentido tiene seguir viviendo?”, eso pensé cuando me deprimí hace como cuatro meses, pero a veces me levanto y digo “ánimo, hay que ser positivos, salir adelante, hoy es un día que hay que comenzar y terminarlo bien”, es lo único que me consuela a veces.

No se sabe si pasa con todas las personas con DM2, pero al menos en las personas que se ha entrevistado, suele haber una infancia difícil, de golpes y maltratos, desprecio, nulo cariño, abandono y exceso de trabajo.

Beatriz:

—Y, no he conocido un motivo, un algo que me diga, soy realmente feliz —ahí empezamos con la mente derrotista, que no me gusta—, pero si lo vemos por otro lado, en ningún momento he sido feliz, siempre han sido maltratos o golpes desde mi niñez.

En el perfil específico de Beatriz, desde una edad muy joven, se encuentran características depresivas con tendencias suicidas. A la edad de 15 años, ella intentó suicidarse con una sobredosis de pastillas. No se sabe con certeza que ocurría en la vida de ella como para intentar suicidarse, pero por la historia de vida que cuenta (en donde había golpes, explotación, maltrato, pobreza y abandono, todos estos factores, mezclados con la adolescencia), no es para

esperar menos. Es probable, que estos acontecimientos los haya guardado y aprendiera a sobrevivir con ellos, a costa de llevar “un estilo de vida suicida”, ¿de qué forma?, a través del alcoholismo, descuidando su alimentación, etcétera, lo que pudo contribuir al desarrollo de la diabetes.

—Ahora que lo recuerdo, no sé por qué, no entiendo. Cuando tenía quince años, tomé muchas pastillas para morirme. No tenía hijos. No sé por qué siempre tengo eso en mente; cuando pasó, tenía quince años; no sé qué me pasó, me hicieron un lavado de estómago, y no sé por qué quise morirme, no lo recuerdo, pero, hace cuatro o cinco años que entré en depresión también quise morirme, sentí que no servía para nada, sentí que no le hacía falta a nadie, que ya no tenía sentido mi vida, me sentí vieja, arruinada, pobre, no sé, muy mal.

Es importante destacar el sentir de la entrevistada, pues comenta que siente que no sirve para nada, que no le hace falta a nadie, que su vida no tiene sentido, se siente vieja, arruinada y pobre, debilitada, desmotivada, cansada, no competente, inútil, etcétera. ¿Hasta qué punto, estos síntomas son propios de la diabetes, y hasta qué punto, propios de la depresión? Diversas situaciones —que Beatriz no recuerda con claridad—, son las que la llevaron a intentar suicidarse, lo que, gracias a su hermana, que estaba cerca, evitó que muriera.

—No sé si sufrí alguna decepción amorosa, o no sé si mamá me golpeó tanto, o no sé qué pasó, no lo recuerdo, eso sí no lo recuerdo, pero sí recuerdo que tomé esas pastillas, tomé muchas, muchas, y recuerdo que mi hermana —la que sigue de mí, menor—, le gritó a mi mamá “mamá mi hermana se está muriendo, está sacando espuma por la boca”, eso sí lo recuerdo, ya vino mi mamá y aparte de pegarme por haberlo hecho, no sé qué me dio, pero sí recuerdo que fui a parar con un doctor, y lo que recuerdo es que me hicieron un lavado de estómago, pero no recuerdo la causa del intento.

El sufrimiento está presente, desde muchos años atrás, guardado y acumulado. La reacción de la madre, en lugar de ser preocupación y angustia e intentar conocer el motivo que orilló a su

hija al intento de suicidio, fue golpearla y culpabilizarla por lo que había hecho y por lo que sentía, lo que le deja —a Beatriz— la enseñanza de que debe “tragarse” lo que siente y no expresarlo, ni manifestarlo, pues de lo contrario puede recibir una reprimenda.

Ahora, en la edad adulta, Beatriz relata cómo ocurrió su segundo intento suicida, y cuáles fueron algunos de los eventos que la llevaron a intentarlo, comenta que ella sentía que no tenía valor, que no servía para nada y que a nadie le importaría si ella muriera; es curioso, porque este tipo de discurso, lo expresa también cuando habla sobre cómo le hace sentir la diabetes, pues como antes ha comentado, la diabetes la devalúa, la discapacita, la aleja y la consume.

Beatriz:

—Se juntaron muchas cosas; una: esta pareja que tenía, que sentía que no le echaba ganas en la cuestión... en muchas cuestiones no le echaba ganas, y otra también, a mi nieto le detectaron Down ¡ah! eso ya lo había comentado... creo; y eso me abatió mucho, o sea, se conjugaron varias cosas, aparte mi situación era —bueno, sigue siendo— pésima, pero en ese momento estaba atormentada; no es la misma causa de cuando tenía quince años, pero la similitud es que en las dos veces he intentado quitarme la vida.

Raymundo:

—¿Y esta vez como lo intentaste o sólo quedó en pensamiento?

Beatriz:

—Si lo intenté, yo recuerdo que lo intenté porque me paré y fui caminando hacia donde yo sabía que estaba el cuchillo —yo guardo siempre el cuchillo debajo de la tabla de picar verduras—, e iba yo derecho a eso, a agarrar el cuchillo; pero no estaba en mis cinco sentidos, iba yo caminando como un robot, como autómatas, mi mente estaba en blanco, sólo iba derecho al cuchillo para cortarme; la intención era cortarme las venas, pero algo distrajo mi mente, porque estaba prendida la televisión, lo recuerdo, y la televisión distrajo mi mente, entonces, como que algo dijo “eh, reacciona”, y entonces sí, sí, creo que eso fue un intento.

Lo importante de esta situación, es que Beatriz se arrepiente de haber intentado lo que hizo; sin embargo, sale a relucir una palabra que puede ser la causante, tanto de la depresión, como de los intentos suicidas, así como del arrepentimiento de este último. “El dolor”, que se traduce a sufrimiento, por cuestiones de que no es un dolor físico. Este sufrimiento, esta agonía, es una sensación que la ha acompañado a lo largo de toda su vida, pero se manifiesta o es visible, únicamente cuando la situación del día a día, sobrepasa los límites que ella puede tolerar, la frustración y el estrés, pueden exacerbar este “dolor”, así como la tristeza, y la sensación de soledad.

El arrepentirse, no significa que la persona ya no sienta dolor o que esté curada, significa, que ahora su atención, ya no está focalizada en sus problemas, y que ahora es capaz de ver más allá. Este sufrimiento, pudo haber influido en una forma de vida autodestructiva, que puede llevar al desarrollo de la DM2.

Beatriz:

—El haber querido quitarme la vida, ¿cómo me hace sentir? Me duele, me duele mucho, el pensar en ello, el pensar la situación, me duele muchísimo porque, una: no era el camino, pero en el que estaba era el de la depresión, siento que era algo que tenía que pasar, por la misma depresión, ahora me duele y digo “que tonta fui al querer hacer eso”.

La diferencia entre el intento suicida que tuvo Beatriz en su adolescencia versus el que realizó en su adultez, es que, en el primer intento, sí realizó la acción —sobredosis de pastillas—, mientras que, en el segundo, sólo quedó en la intención —sujetar un cuchillo—. Pero, lo importante no es la diferencia, sino la similitud de aquello que la orilló a intentar suicidarse; mientras que en la adolescencia no las recuerda con exactitud, en su versión adulta, sí comenta a detalle cuáles fueron, y aunque son banales, lo interesante es que se le acumularon, le generaron angustia y frustración.

Por otro lado, un “síntoma” repetitivo que muestran las personas con DM2, es la sensación de soledad y de tristeza, tanto antes de tener diabetes, como después de desarrollarla, esas

sensaciones se acompañan dolor, sufrimiento, inutilidad y de poca valía de sí. Sobre la tristeza, Flor refiere:

—Tristeza también, porque mi hija en ese momento fue que se fue. Quince años tenía ella, y se fue con el marido. Y ahí eso fue, eso fue lo que a mí me lo causó. Me quede solita, mi esposo trabajaba fuera, me quedaba solita, mi compañía era la tele, y hasta para comer, yo perdía el apetito de no comer.

La DM2 está relacionada, al parecer, con tres experiencias subjetivas: la tristeza, la soledad y la sensación de inutilidad. En este caso, Flor siente una tristeza muy grande, pues su hija se fue de la casa debido a que contrajo matrimonio. Entonces se quedó sola, posterior a ello, enfermó de diabetes mellitus tipo 2, por lo que creyó que su vida se había terminado. Con el tiempo se sintió mejor, y entendió que las cosas no eran como ella pensaba, pero la enfermedad ya se había alojado en ella.

—Sólo una hija tuvimos. Entonces, para mí, fue una tristeza muy grande, porque yo dije “yo creo que con esa enfermedad ya ni voy a poder hacer nada”, pero sí, comencé a trabajar; los dos, con mi esposo.

La persona con DM2, relaciona a la diabetes con la pérdida de la fuerza, de la voluntad, de las capacidades, se siente inútil, y pierde sus esperanzas.

—¿Qué sentí? Vaya, pues tristeza. Para mí, sí, tristeza, porque era en la época que pensaba yo en trabajar, con ganas pues, pero me detectaron eso.

Otro “síntoma” agresivo de la DM2, es el decaimiento, que se manifiesta como fatiga o cansancio; pero muchas veces aparte de lo físico, es más el malestar psíquico, pues se refiere a la motivación, a las ganas de querer vivir, y claro, que esto se vuelve más relevante cuando se mezcla con los otros síntomas orgánicos propios de la cronicidad de la enfermedad; pero en lo que hace énfasis Beatriz, es en el decaimiento.

—Es que, esta diabetes —no sé si me preguntas eso—, pero la diabetes tiene muchas etapas, y muchos descontroles, al menos, yo he sentido mucho decaimiento con base a la enfermedad; decaimiento, dolores, mucho cansancio, mucho fastidio, presión alta, los riñones dañados, la visión borrosa, pero te digo, ahí voy, me ayudo con medicina de médico, y me ayudo con medicina natural también, medicina de hierbas, en lo que puedo ahí le voy poniendo cosas.

Ella menciona que la diabetes pasa por muchas etapas (se refiere a que a veces se siente bien y a veces se siente mal). Sea la terapia que elija —médica u homeópata—, al parecer Beatriz se siente mejor, cuando se siente motivada, más que cuando sus síntomas orgánicos están en mejoría.

3.8 EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LAS HERIDAS EN UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Las heridas en las personas con DM2 es un tema muy complicado. En el caso de Beatriz, ella presentaba una herida en la planta del pie a partir de que se perforó la piel con la incrustación de un vidrio; de lo antes expuesto surgen dos situaciones, la primera, es la nula sensación en sus pies, y esto es de muchísima gravedad, pues Beatriz no sintió el momento en el que se le enterró el vidrio y caminó así por un largo rato, lo que complicó la herida. Y, la situación dos, es la profundidad de la herida y el tiempo de recuperación. La duración de su herida se prolongó por casi más de un mes, proceso en los que sintió el miedo y el terror de que su herida no sanara y le tuvieran que amputar su pie; tensión, frustración y enojo por dejar de hacer las actividades que hacía diariamente por tener que estar en reposo; así como preocupación excesiva por la situación económica —pues ella es el pilar económico en su casa—.

Pero lo interesante ocurre al final, donde Beatriz comenta que se siente tranquila, y feliz de que todo ya se solucionó, pero esto, sólo gracias a los “sacrificios” que realizó, como mejorar su dieta y cuidar sus niveles de azúcar, cosa que sólo hizo, aparentemente, motivada por el miedo.

Raymundo:

Cuéntame ¿Cómo te sientes hoy?

Beatriz:

—Me siento contenta —porque, ¿si te platicué que tengo una herida en mi pie? — Y hoy me quitaron los puntos y ya me siento tranquila, porque ya iba a hacer el mes con esa herida.

Raymundo:

—¿Un mes? Tardó bastante.

Beatriz:

—Sí.

Raymundo:

—¿Qué piensas de que haya tardado tanto?

Beatriz:

—Pues no tardó porque estuviera mal, sino porque estaba más que nada en observación, que no se complicara, que estuviera limpia la herida, que estuviera bien. Y gracias a Dios todo marchó bien, aparte que me puse a dieta, y traté de bajar mi azúcar, sin consumir azúcares, grasas y harinas, cosas de ese tipo.

La modificación de hábitos, sólo se realizó bajo el miedo que provoca la idea de no recuperación, sin embargo, esta modificación se entiende para la persona con DM2 como un “sacrificio” y no como algo benéfico para su salud. Abandonar ciertas prácticas de vida que le afectan parece ser más doloroso que llevar una vida sana. Cuando la persona logra recuperarse adquiere un optimismo que tristemente no dura mucho, y una vez que está completamente recuperada, abandona su "sacrificio” y vuelve dichas prácticas.

Desde el día del incidente, Beatriz sintió todos los días malestar y preocupación, ante el miedo de no recuperación o de perder el pie, pero llama la atención de que a pesar de que ella modificó ciertas prácticas, su glucosa aún no disminuía.

—Cuando me corté, con la herida de mi pie, si me estresé mucho, porque desde el primer momento que me corté empecé con la dieta y el antibiótico, pero yo le dije al doctor “oiga doctor ¿por qué no baja mi azúcar? estoy en 300 y estoy llevando una dieta estricta”, y me dijo “¿no está muy estresada o preocupada?” “sí claro, tengo una gran preocupación de que no vaya a cerrar mi herida”.

La preocupación y el miedo le consumían y cuando le dijeron que todo estaría bien, se tranquilizó, se sintió mucho mejor y la glucosa se reguló; ella concluye con que sus niveles de glucosa disminuyeron porque se sintió aliviada inmediatamente después del comentario del médico.

3.7 LIMITADA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La persona con diabetes mellitus tipo 2 —así como cualquier persona común— odia cambiar su dieta, y eso es totalmente entendible, pues es como vivir en una escala de grises; modificar la dieta sería como quitarle “los colores” a la vida; los sabores, en este caso.

Es relevante observar que Beatriz es renuente. Ella impone sus propias reglas, pero pareciera como si buscara autodañarse, y constantemente recurre a la incongruencia, pues, es consciente que, de seguir llevando su mala alimentación, sólo está acelerando el proceso de su muerte. Y lo más grave de todo, es que, aun conociendo esto, ella ni siquiera intenta modificar ciertas prácticas ¿por qué?

Algunas de las razones es que las personas de “antes” tienen la idea de que “si me voy a morir, me voy a morir” e incluso en un fragmento de la entrevista aparece la frase “si me voy a morir que sea con la panza llena” (*vide supra* p. 70), habría que estudiar si en casos de personas más jóvenes está presente esta forma de vida.

Otra de las razones —aparte de la edad— que impiden la adherencia terapéutica, posiblemente sea el trabajo y los problemas del día a día (o sea, el contexto); si las personas sanas quedan

exhaustas al final de su jornada, cómo terminará una persona que ha tenido altibajos en los niveles de su glucosa a lo largo del día, así como piquetes, dolores, punzadas, fatiga extrema, etcétera; todo este conjunto de manifestaciones genera muy pocas ganas de querer realizar ejercicio por las tardes, por ejemplo. Las condiciones socio familiares y económicas, coadyuvan a la falta de condiciones para atender malestares y carencias de todo tipo.

En cuanto a la alimentación, mientras más parece prohibírseles algo, mayor serán las ganas de querer consumirlo; esto tal vez se pueda solucionar si se desmitifica la creencia de que la persona con DM2 no puede comer “dulce” y de que sólo deben llevar una dieta muy simple; la persona con DM2 puede comer lo que quiera, siempre y cuando sepa llevar el control de su glucosa. Hay cierto grupo de alimentos que su ingesta debería ser reducida, pero sólo queda en el “deber ser”; no es casualidad que México esté entre los primeros lugares a nivel mundial en obesidad, y que haya millones de personas enfermas con DM2, sí sorprende que a pesar de que algunas personas con DM2 saben que ello constituye un problema, lo siguen haciendo; es por ello que resultó la siguiente pregunta: ¿por qué se lleva una dieta inadecuada?

Llama la atención —en este caso—, que Beatriz, justifica su acción, diciendo que hace lo que los demás hacen, y que sabe que está mal, pero a pesar de eso, lo seguirá haciendo.

Raymundo:

—¿Cómo era tu alimentación?

Beatriz:

—Siempre ha sido muy... ¡comiendo lo que todo ser humano come! que temprano el café con el pan; cosas llenas de grasa, azúcares, Coca-Cola —tomaba mucha Coca—, muy, muy desordenada mi alimentación.

Beatriz se excusa diciendo que come lo que todo ser humano come; sin embargo, su dieta es alta en carbohidratos y no todo ser humano lleva ese tipo de alimentación, es importante destacar su frase “muy, muy desordenada”, porque no sólo es una referencia a su alimentación, sino a su vida en general, o sea, es muy poco responsable consigo misma.

Como se ha visto hasta ahora, hay diversas soluciones, que no son nuevas, y que constantemente repiten los especialistas, pero que algunas personas con DM2 se niegan a incorporar en su vida; se desconoce a qué se deba con exactitud, pero posiblemente esa especie de “rebeldía”, “chantaje” y “autodestrucción” ocurren porque la persona con DM2 obtiene — algunas veces— una “ganancia” de ello. La enfermedad sí existe, no es un invento del sujeto, pero como se expone, las alternativas simplemente no quieren incorporarlas a su vida; hay un rechazo a seguir las reglas, a ser controlados, etcétera.

Beatriz:

—Pero, es bastante difícil comer sin sal, sin azúcar, no le sientes el sabor a nada, prefiere uno no comer, porque ¡no puedo comer nada!, más que verdura, sin sal, sin azúcar, y tienes que hacer ejercicio, bueno, un control muy, muy estricto, y por eso siempre veo que las personas que lo llevan, pues han logrado sobrevivir, porque la mayoría creo que se mueren por... seguir llevando la misma vida sedentaria.

Es frecuente la recurrencia a la “negación” de la enfermedad, que surge por cursar la enfermedad de forma asintomática, de hecho, estos síntomas “fantasma” (pues son muy leves y se pueden confundir con los desajustes normales de la edad) se mantienen a lo largo de la enfermedad, y como no hay síntomas graves, no se cree estar enfermo, no se acepta, sólo hasta que se agrava, o hasta que surgen comorbilidades, y hasta eso, se le da mayor importancia a la enfermedad alterna, que a la diabetes.

Beatriz:

—Pero, y, de hecho, ya varios doctores me habían dicho, porque estaba muy gorda, me decían “baja de peso, baja de peso, porque tienes familia diabética”. Y nunca quise hacer caso, pensé que nunca me iba a pasar, y pues sí, me pasó. De hecho, ni hice caso cuando el doctor me dijo que era yo diabética, porque los primeros cinco años nunca sentí nada, decía yo “no tengo diabetes, es mentira”.

Esa renuencia, es una actitud de que nadie le va a decir qué hacer y cómo lo tienen que hacer, a pesar de que el médico o de que sus familiares cercanos le insistan frecuentemente. Aquí un ejemplo de ello.

Raymundo:

—¿Qué piensa usted de tomar tantas pastillas?

Ignacio:

—¡Ah!, dirás que las tomo, ahí están almacenadas.

Raymundo:

—¿No toma ninguna?

Ignacio:

—Sí tomo, pero no como dice la doctora.

Tal vez, la persona con DM2, encontró como sobrellevar su enfermedad; tal vez, sólo está enfermo para algunas personas y en algunos ámbitos; tal vez, la persona con DM2 no toma sus pastillas porque sabe que es dañino para su organismo; tal vez, no las toma porque no se siente tan enfermo; o tal vez, no las toma, porque sus síntomas físicos no mejoran. Todas las opciones anteriores son sólo suposiciones, en cada caso, puede ser distinto, pero, lo que sí es una realidad, es que, la mayoría de las personas con DM2, no siguen el tratamiento médico al pie de la letra.

3.8 LA FUNCIÓN DE LA FAMILIA EN LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 AL MOMENTO DE AFRONTAR DIVERSAS SITUACIONES

El papel de la familia, y de las personas allegadas al quien tiene el diagnóstico de DM2, es muy importante; pues son el apoyo y la principal motivación por la cual se adherirá a su terapia médica.

La persona con DM2 busca su muerte —aparentemente— y lo hace de forma progresiva; sin embargo, cuando la muerte está cerca, no quiere morir en realidad y busca la forma de mejorar su vida, aunque sea de forma temporal, y es así, que se apega a lo único que tiene, que es su familia. Al parecer, entonces, estos dos factores —el miedo y la familia—, son los principales agentes que ayudan a que la persona tome en serio a su enfermedad.

Raymundo:

—¿Cómo fue el trato de tu familia después de que te lastimaste [herida en el pie]?

Beatriz:

—Algunos de compasión. Más que nada, la familia directa y una hermana que tengo cercana, pues lo primero que trataron de hacer fue ayudarme en todos los aspectos, en el quehacer de la casa, o acompañarme con el doctor, o cuidarme en las comidas, o no sé, muchas cosas de esas.

Beatriz cuenta que ella sintió que no importaba, que no le hacía falta a nadie, y que estaba completamente sola, fue en esos momentos, donde consideró que estaba bien morir, pues no tenía motivos para seguir viviendo. Aunque en ningún momento hace mención de síntomas de la diabetes, les atribuye a ellos parte de la causa. Cuando ella sufrió una herida que comprometió la recuperación de su pie, no sólo enfermó ella, sino toda su familia; juntos la apoyaron y la ayudaron a salir adelante, y esta atención que recibió la hizo sentirse mejor, pero no sólo en lo anímico, sino también con su enfermedad, se sentía sana, se sentía en paz, pues, a pesar de que —como ella misma dice—, hace algunos años atrás, la situación era la misma, ahora, que ocurren los mismos problemas —la falta de dinero, por ejemplo—, ella se siente muy bien, se siente optimista.

—Porque, aunque digo “bueno mis hijos ya están grandes, cada quien, si yo fallezco, pueden hacer su vida, bueno, yo ya no me voy con la preocupación de decir: mis hijos estaban chicos, porqué lo hice”, o sea no, porque mi hija tiene a su esposo, tiene sus hijos, y pues los niños ya no son parte directa mía, o sea mis nietos tienen sus papás que pueden ver por ellos, mi hijo que tengo grande, también es una persona adulta pues, ya no es menor de edad, entonces puede hacer su vida. Bien, entonces, yo siento

que sentí en ese momento que no le hacía falta a nadie. Ahora, mi despertar, te digo, es, con felicidad, con ganas de querer vivir este día, de disfrutarlo, de estar, o sea estoy bien, estoy en paz, estoy tranquila, me siento feliz, ahora, aunque estoy en la misma situación —no tengo “lana”—, pero, no era eso lo que me estaba matando entonces.

La persona con DM2 se siente sola, aunque esté acompañada, y esta soledad exagera los síntomas de la diabetes, por eso, es importante que la familia tome en cuenta a su enfermo y lo haga sentir valorado. Por otro lado, es importante conocer el papel que la familia le otorga a su familiar con DM2, pues en el caso de Beatriz, ella parece a veces sentirse una carga o un objeto.

3.9 OPTIMISMO Y PLANES A FUTURO

En la edad adulta, cuando se supone que la mayoría de las metas se han cumplido, es común, que pocas cosas produzcan asombro, felicidad, alegría, placer, etcétera; sin embargo, los hijos y sus logros, fiestas, cumpleaños, seguir cumpliendo metas personales, estudios, coadyuvan mantener un sentido de esta.

En el caso de Beatriz, es muy común encontrar esta falta de sentido, que ya nada brilla, ni vale, que todo está perdido, que no hay esperanza.

—Pero si me gustaría tener un incentivo, porque varias personas me dicen: “pero tienes a tus nietos”, pero mis nietos tienen a sus papás para que los cuiden.

El anhelo de cualquier persona, es tener una vida digna, con las necesidades básicas resueltas, sentir tranquilidad y felicidad; sin embargo, para la persona con DM2, y específicamente para este caso, lo principal es abandonar o acabar para siempre con el malestar psíquico.

Beatriz:

—Quiero una casa bonita, vivir tranquila, que nada ya me turbe en el cerebro, de tener esa ansiedad de decir ¿Cuándo voy a lograr mi casa? Sentirme tranquila de eso, que nada me falte, de que mis hijos estén bien, creo que eso me daría un poco de tranquilidad.

La persona enferma anhela recuperar su salud, en su discurso no hay deseos de morir, al contrario, quiere sanarse; sin embargo, en el análisis global de su información, constantemente recurre a la muerte como solución de sus problemas, e incluso ha intentado suicidarse dos veces. La entrevistada quiere tener una vida digna, pues al parecer, seguir vivo y estar enfermo, no es vida.

En este caso, Beatriz afirma que la DM2 no tiene cura, y en efecto, tiene razón, pero eso no significa que la enfermedad no pueda ser tratada.

—Que la maravilla sería que se me quitara totalmente esta enfermedad, pero todos los médicos me dicen que no se puede, y que para curarla exista una medicina, que no la conozcan. En internet, en varios lugares, sacan que la hoja de papaya quita y cura totalmente la diabetes, que la hoja de no sé qué cura totalmente la diabetes, y es una mentira pues porque estoy comprobando que no se cura.

Diversos sucesos hacen que una persona se sienta abrumada, por ejemplo, los problemas cotidianos, la pareja, el dinero, etcétera; sin embargo, su significación se exagera ante la falta de recursos psíquicos.

Luego de modificar ciertas prácticas, Beatriz sintió una gran mejoría física, pero sobre todo psíquica; los conflictos seguían siendo los mismos, pero la forma de afrontarlos y entenderlos eran distintos, y esto sólo se lo logró por la cercanía de su familia y el poder sentirse protegida, importante y valorada.

—Me siento contenta, tranquila, me siento como relajada, cosa que, tendrá como unos dos o tres años que no lo sentía porque me sentía siempre muy angustiada, me sentía

con prisas, me sentía deprimida, con pensamientos negativos todo el tiempo, y ahorita no, veo la vida con optimismo.

La persona con DM2 fluctúa de la tristeza a la felicidad, de la preocupación a la tranquilidad, y no se siente bien en medio, tiende a los polos, a los extremos. Es como un círculo que le hace presentar consecuentemente prácticas sanas o enfermas.

Beatriz:

—Y ahora esos pensamientos no los tengo, me siento feliz, me siento agradecida, cuando despierto digo “gracias Dios por un día más”, me siento feliz, por vivir otro día más, que cada día que vivo es diferente al otro, no son repetidos, y cuando estaba en depresión, sentía que no avanzaba los días, sentía que todos los días eran iguales, sentía que nada más era despertar, comer, dormir, y en eso se basaba mi vida, muy triste y muy feo, pero ahora me siento motivada, quiero vestirme bien, quiero comer bien, quiero divertirme sanamente, divertirme —divertirme le llamo ir al cine, pasear, ir a san Cristóbal o a conocer pueblos, eso sería para mí una diversión—.

¿Se puede estar enfermo y estar tranquilo? Sí, pero para ello, hay que mejorar la calidad de vida, alimentándose mejor, eliminar deudas, preocupaciones, tomar psicoterapia, rodearse de personas que tomen en cuenta y aprecien al sujeto, adhiriéndose al tratamiento médico, y entendiendo a la enfermedad. Sobre todo, es muy importante el apoyo y cercanía de la familia.

DISCUSIÓN

La construcción de este trabajo, basado en el enfoque cualitativo, se realizó primero con las entrevistas, y análisis de la información, y luego la realización del referente teórico, esto debido a no querer “cuadrar” la información obtenida con la teoría. Es por ello, que puede surgir la ilusión, de que este trabajo está segmentado en al menos 3 partes diferentes: la diabetes y su explicación médica, lo psicosomático, y la historia de vida de las personas entrevistadas. Lo que al mismo tiempo pareciera que no están interconectados, sin embargo, se recuerda, que lo psicosomático, y lo referente al psicoanálisis, fue tomado como referencia explicativa a lo encontrado en las entrevistas, y no al revés.

Sobre ello, la teoría psicoanalítica es amplia y el vínculo que existe entre esta y la diabetes, es a través de lo psicosomático, y esto, a la vez, es complejo, pues dentro del psicosomatismo hay diversas explicaciones del fenómeno. Sin embargo, al analizar las entrevistas, se puede notar cierta expresión del cuerpo a través de esta enfermedad, no obstante, si la DM2 es una enfermedad psicosomática o no, es debatible, pero sí es evidente que hay una historia detrás de la enfermedad.

Respecto a la mínima adherencia al tratamiento médico que presentan algunas personas con DM2, el tema en investigaciones no es tan abundante, y de ellas, la mayoría están relacionadas con estrés, depresión, y algunos test psicológicos que evalúan el nivel de adherencia. Así, en este trabajo, se recurrió como referencia a lo psicosomático, que es uno de los referentes comprensivos más relevantes en la psicología sobre esta enfermedad, la cual, a su vez, tiene influencia psicoanalítica.

Beatriz e Ignacio, ignoran —tal vez, inconscientemente— las advertencias médicas, pues sus creencias y mitos, la apropiación del discurso del otro, las experiencias propias, y las posibilidades sociales, dibujan una realidad que imposibilitan “ser el paciente perfecto” (aquel

que registra constantemente sus niveles de glucosa, que sigue un plan alimenticio, que se ejercita, que tiene un horario para su medicación).

Este trabajo es concordante con otros estudios, en el sentido de la relación de la diabetes mellitus tipo 2 con la depresión, en cuanto a que las características depresivas pueden generar un bucle de alejamiento terapéutico. También lo es, en el sentido de que no existe como tal, una personalidad o un perfil que produce la enfermedad, sin embargo, si se propone que las creencias y la forma de interpretar la realidad, así como la historia de vida, el contexto socio-cultural, de algunas personas con esta enfermedad, deben ser consideradas y tomadas en cuenta al momento de explicar el desarrollo de DM2, así como del alejamiento al tratamiento médico.

Los resultados de este trabajo, no pueden, ni deben de ser, generalizados. Las descripciones realizadas, son a partir de la historia de vida de Beatriz, Flor, e Ignacio, por lo tanto, es una explicación puramente individual. Aparte de que no se realizaron entrevistas a profundidad con ellos, ni se revisaron todos los ámbitos de su vida. Esto quiere decir, que lo relatado en este texto, es puramente el cómo ellos viven su diabetes, y no tanto, como es —o fue— su vida en general.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este trabajo se analizó la historia vida, y el curso de la enfermedad, de tres personas con diabetes mellitus tipo 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se concluye que la DM2 no surge esporádicamente de un día para otro, sino que, tal vez, puede deberse a todo lo que la persona ha acumulado a lo largo de su biografía. Posiblemente, esto tenga relación con situaciones de abandono, soledad, violencia y abuso, que posteriormente evolucionaron en acciones autodestructivas que les colocan en condición de vulnerabilidad para desarrollar diabetes tipo 2. Así también, cuando la enfermedad se instaura en la persona, las afectaciones que produce a corto, mediano y largo plazo, van a depender completamente de lo que la enfermedad significa para la persona.

En este trabajo también, se identificaron ciertas manifestaciones de un posible malestar psíquico en algunas de estas personas, así como rasgos y características de la representación sobre la enfermedad. Por ejemplo, Beatriz, tiene ciertos patrones que se han repetido dentro de su familia, tanto discursivos como comportamentales. Así también, algunos mecanismos de afrontamiento como el “encapsulamiento”, en donde ella racionaliza su problemática para disminuir su angustia, pero al tratar de justificar sus síntomas en realidad se aleja del tratamiento médico. Igualmente, se distinguió cómo estas personas tienen cierta tendencia a caer en un bucle que no les permite tomar en serio a su enfermedad.

Se describió, también, la adherencia al tratamiento terapéutico de Beatriz, donde se justifica por qué ella no es capaz de seguir ciertas pautas para su propio bienestar. Aunque ella sabe mucho sobre su enfermedad, no pone en práctica todos estos conocimientos. La explicación específica para este caso, posiblemente sea: la mínima manifestación sintomática, la biografía (familia, vivencias, influencia sociocultural), y ciertas características depresivas.

En esa línea, Beatriz, y Flor, contaron que sienten, y han sentido, mucho sufrimiento a lo largo de su vida, este sufrimiento, que a veces se experimenta como angustia, pudo influir en el

desarrollo de la enfermedad. Es un sufrimiento crónico, una tensión constante, que puede alterar la respuesta orgánica del cuerpo, vulnerando a la persona, o presionando a estas a recurrir a conductas autodestructivas con el fin de disminuir la sensación de displacer, esto posiblemente explica el alcoholismo y las ganas de querer comer sin parar, pues, sobre esto último, el conflicto de la alimentación parece estar relacionado con la necesidad de reducir la tensión, y no tanto con la nutrición.

Una característica importante en los entrevistados, es la nula respuesta emocional ante el diagnóstico, tienden a minimizar la DM2, incluso ignoran inconscientemente algunas de sus manifestaciones, casi como si la enfermedad estuviera cumpliendo una función. Los síntomas se sienten, o se interpretan, como parte de sí mismos, como algo que ha estado ahí por siempre, como una cicatriz hecha desde la infancia o como un lunar. Y sobre el cuerpo, este no se siente como propio, de hecho, parece que, para Beatriz, quien enfermó fue su cuerpo, y no ella. El cuerpo se ve como a un otro, y funge como receptáculo del conflicto interno, o sea, el sufrimiento se refleja en el cuerpo.

Sobre la familia, al menos con Beatriz, influirá en dos sentidos; por una parte, está ligada con el posible desarrollo de la enfermedad, pues transmite comportamientos, discursos y creencias, que muchas veces, tal vez, sin ser conscientes, son destructivos. Y, en otro sentido, la familia, también, puede disminuir la angustia, la cual sufre la persona con DM2, con el simple hecho de estar ahí, prestar atención, brindar apoyo, etcétera, pues, como Beatriz contaba, sus síntomas remitieron cuando se sintió valorada y protegida.

Por otro lado, a nivel general, las dificultades que se tuvieron al hacer esta investigación, constan principalmente, en la poca bibliografía relacionada con la subjetividad de las personas con esta enfermedad, la mayoría de estudios y demás textos siguen una aproximación metodológica cuantitativa y están enfocados en la depresión y ansiedad que padecen estas personas; sin embargo, la mayoría de ellos no son determinantes y están enfocados en el postdiagnóstico. Otro problema relacionado, fue la amplia y vasta terminología médica ajena a la psicología que complica la lectura y la redacción, obviamente las explicaciones orgánicas

pertenecen a esta área y no se trata de un intrusismo, pero sí de comprender sus conceptos y a qué se están refiriendo.

De igual manera, un obstáculo presentado al inicio de la investigación fue que no a todas las personas les gusta hablar sobre sus enfermedades. Las personas tienen una mala concepción de la enfermedad, y esto es totalmente entendible, porque es desagradable (para quien lo padece), desgastante y estigmatizante. Por otra parte, el tema ha sido muy poco estudiado por psicólogos en Tuxtla Gutiérrez, por lo cual es un tanto difícil asesorarse sobre el tema. El idioma también fue un impedimento para buscar información de otros países.

Por otro lado, las limitantes de esta investigación son, que lo se concluye en este trabajo no es generalizable con toda la población que tiene DM2, puesto que involucra la subjetividad de Beatriz, Flor e Ignacio, así como sus propias experiencias de vida, lo cual, cada persona es distinta, y vive bajo diferentes circunstancias.

Desde el testimonio de Beatriz, Flor e Ignacio, quienes comparten su experiencia con esta enfermedad, se pudieron observar distintas problemáticas que van más allá de lo fisiológico. Por ello, se recomienda, para estos casos en específico, si así lo desean, recibir psicoterapia, esto con el fin de identificar, lo que representa a profundidad su enfermedad, para cada uno de ellos; y con ello, ayudarles primero a solucionar sus conflictos internos y a modificar o entender la concepción que tienen sobre la enfermedad y sobre estar enfermos, para que, posteriormente, y sin abandonar el apoyo psicológico, introducir poco a poco en su rutina, los hábitos necesarios para que pueda adherirse a su tratamiento médico.

Se aconseja también, a todo psicólogo que vaya a tratar conflictos relacionados con la adherencia al tratamiento médico de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que, de ser posible, se interesen por el discurso de la persona y no sólo en enseñarle habilidades de afrontamiento. Pues, posiblemente, el conflicto inició muchísimos años antes de la “gestación” de la enfermedad. Enseñarle a alguien a enfrentar su duelo, sobrellevar sus emociones, ser resiliente, etcétera, es importante, sin embargo, con esto no se soluciona el problema, simplemente, se le estaría enseñando a transitar con él.

Por último, se recomienda iniciar más investigaciones dirigidas a este tema, pues la explicación de la diabetes como una represión emocional, o como una manifestación psicósomática, tiene mucho por aportar, tanto para la explicación de la enfermedad, como para ayudar en la adherencia al tratamiento —que es la mayor problemática dentro de la DM2—. Se invita a las personas con posible tendencia al desarrollo de la DM2, a una valoración psicológica, con el fin de prevenir la enfermedad y futuras complicaciones, así como para tratar de disminuir la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, al tratarse de una patología, donde el mayor porcentaje de recuperación recae sobre el paciente, se sugiere a abandonar el modelo paternalista, y centrarse más en el individuo, otorgándole herramientas para un mayor control de su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

- Abad, D. R. (2009). *Diabetes mellitus tipo II: Una interpretación psicosomática de la construcción del padecimiento*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, J. M., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica*. Madrid, España: Síntesis.
- American Psychological Association. (2010). *APA Diccionario conciso de psicología*. DF, México: Manual Moderno.
- Antón, F. (2017). Antropología del sufrimiento social. *Antropología Experimental*, (17), 345-355.
- Castillo, E., Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Chiozza, L. (2008). *Afectos y afecciones 2: Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Córdova, J. A., Barriguete, J. A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., León, M. E., Aguilar, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427.
- Correa, L. (2008). Estructura edípica y rasgos orales del carácter. *PSIMONART*, 1(1), 77-94.
- Díaz, J. (2004). El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Panacea*, 5(15), 30-36.

- Dweck, S. (2018). *El lenguaje silencioso de los padecimientos psicosomáticos*. Centro ELEIA. Recuperado el 24 de junio de 2021, en <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/el-lenguaje-silencioso-de-los-padecimientos-psicosomaticos/>
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID*. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en <https://diabetesatlas.org/es/resources/>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2015). *10 mitos y realidades de la diabetes*. Recuperado el 14 de julio de 2021, en <https://fmdiabetes.org/10-mitos-y-realidades-de-la-diabetes/>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2015). *El papel del psicólogo en la diabetes tipo 1 y tipo 2*. Recuperado el 14 de julio de 2021, en <https://fmdiabetes.org/el-papel-del-psicologo-en-la-diabetes-tipo-1-y-tipo-2/>
- Freud, S. (1905). *Obras completas: Tres ensayos para una teoría sexual y otras obras*. Vol. 7. Sexta reimpresión. Buenos Aires, Argentina, 1992: Amorrortu editores.
- Gadamer, H. G. (2001). *Antología*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México, DF: Siglo XXI Editores.
- García, C., Lorenzo, H. (2018). *El mundo de la salud mental en la práctica clínica: Afecciones psicosomáticas*. Argentina: Ed. Akadia.
- García, B. (2020). *Intervención conductual basada en salud móvil para personas que viven con obesidad y diabetes mellitus tipo 2: un estudio piloto*. Tesis de maestría en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, J. O., Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2), 99-105.
- González, N., Tinoco, A. M., Benhumea, L. E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas: Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14 (32), 258-279.

- Granados, E. E., Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *LIBERABIT*, 16(2), 203-216.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, presentación de resultados*. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Comunicado de prensa núm. 538/19: Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, Diseño conceptual*. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseño_conceptual.pdf
- Jiménez, M. I., Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lasso, J. (2017). *El cáncer de cuello uterino como trastorno psicosomático y su relación con la historia de vida del sujeto*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Martínez, C. (2018). *Los distintos modos de relacion entre enfermedades y emociones*. Centro ELEIA. Recuperado el 24 de junio de 2021, en <https://www.centroeiea.edu.mx/blog/los-distintos-modos-de-relacion-entre-enfermedades-y-emociones/>

- Mayo Clinic. (2020). *Hipoglucemia*. Recuperado el 21 de julio de 202, en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypoglycemia/symptoms-causes/syc-20373685>
- Mayo Clinic. (2021). *Diabetes de tipo 2*. Recuperado el 14 de julio de 2021, en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193?p=1>
- McDougall, J. (1999). *Violencia somática: El viaje psicoanalítico de una paciente con cáncer de seno*. Recuperado el 24 de junio de 2021, en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/violencia_somatica_mcdougall.pdf
- Meléndez, A. (2019). *El concepto de trauma: Del campo psicoanalítico a la semántica histórica*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Muñoz, J., Sahagún, M. (2017). *Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti 7*. Recuperado el 14 de julio de 2021, en <https://manualatlas.psicologiasocial.eu/atlasti7.html>
- Oblitas, L. (2010) *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3ª ed. México, DF: Editores Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255spa.pdf;jsessionid=6314316B199A8685049C897985C22A71?sequence=1>
- Otero, J., Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 16.
- Pérez, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 373-380.

- Quecedo, R., Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, (14), 5-39.
- Ramos, V., del Rocío, M., Álvarez, M. A. (2019). El efecto emocional en pacientes diabéticos mexicanos. *Tesis psicológica*, 14(1), 1-20.
- Rodríguez, J. R., López, M. E., Ortiz, A. R., Jiménez, J., López, L. R., Chacón, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 53(5), 546-551.
- Secretaría de Marina. (2010). *Manual para elaborar y evaluar trabajos de investigación*. Armada de México.
- Secretaria de Salud. (2010). *NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. Diario oficial de la Federación. Recuperado el 21 de febrero de 2021, en <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-015-ssa2-2010-para-la-prevencion-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus>
- Vargas, C. G., Toledo, A. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Aten Fam*. 25(4), 146-150
- Villalobos, A., Quirós, D., León, G., Brenes, J. C. (2007). Factores involucrados en la Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(1), 25-36.
- Wiener, A. (2018). *Diálogos clínicos entre analistas: Experiencias con pacientes psicósomáticos*. Centro ELEIA. Recuperado el 24 de junio de 2021, en <https://www.centroeieia.edu.mx/blog/dialogos-clinicos-entre-analistas-experiencias-con-pacientes-psicosomaticos/>