



## ABSTRACT

El propósito del presente análisis fue determinar desde una visión integral, los efectos que causa la diabetes en las relaciones familiares y laborales. Conocer las causas y las complicaciones generadas por la enfermedad. Estudio de la Psicodinamia familiar que tiene que ver con el grado de satisfacción de las demandas de orden biológico, psicológico y social de sus miembros. La satisfacción de necesidades básicas y afectivas en las etapas de la niñez, adolescencia y edad adulta. Etapa de la vida adulta y manifestación de la diabetes, ciclo vital y cumplimiento de tareas. La relación de pareja y la convivencia conyugal antes y después de adquirir la enfermedad, las relaciones de afecto y solidaridad. Relación con los hijos. Estudio de la funcionalidad familiar y el grado de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y resolución. Impactos de la diabetes: emocional, laboral, social y económico.

**Palabras Claves:** Diabetes, relaciones familiares, impacto laboral, impacto económico, impacto social, funcionalidad familiar.



## INDICE

Presentación

### CAPITULO

#### ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1.1	Planteamiento del problema.....	11
1.2.	Justificación.....	12
1.3.	Objetivos.....	15

### CAPITULO II

#### CONTEXTO

2.1.	Breves referencias sobre la diabetes a..... nivel Internacional	17
2.2.	Diabetes en el Ecuador.....	18
2.3.	Diabetes en la Provincia del Azuay.....	20
2.4.	Diabetes en la Ciudad de Cuenca.....	21

### CAPITULO III

#### TEORIA

3.1.	Concepto de diabetes.....	25
3.1.1.	Tipos de diabetes.....	25
3.1.2.	Causas.....	28
3.1.3.	Complicaciones.....	32
3.2.	Familia.....	43
3.2.1	Psicodinamia de la vida Familiar.....	43
3.2.2.	Solución de conflictos o respuesta ante los problemas....	47
3.2.3.	Ambiente emocional.....	47
3.3.	Relación Laboral.....	51
3.3.1	Propender hacia oportunidades de trabajo.....	52
3.3.2	Riesgos laborales.....	53
3.3.3.	Empleador y Trabajador diabético.....	54
3.3.4	Discriminación Laboral.....	55
3.3.5	Relaciones Sociales.....	56

#### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

4.1	Tipo de investigación.....	58
a.	Fundamentos.....	58
b.	Criterios de trabajo.....	58
c.	Focos de interés.....	59
d.	Elaboración de la guía de entrevista..... semiestructurada	59
e.	Criterio de selección de la muestra.....	60
f.	Técnicas. ....	61
g.	Codificación.....	64
h.	Análisis.....	64

## CAPITULO V

### ANALISIS DE LA INVESTIGACION

5.1	Satisfacción de necesidades básicas y afectivas.....	66
5.1.1	Satisfacción de necesidades básicas en las..... etapas de la niñez y adolescencia	66
5.1.2	Satisfacción de necesidades afectivas.....	76
5.1.3	Etapas de la vida adulta y manifestaciones de la enfermedad de la diabetes.....	82
5.1.3.1	Relación con la pareja.....	86
5.1.3.2	Relación con los hijos.....	93
5.1.3.3	Funcionalidad familiar.....	95
5.2	Impactos de la diabetes.....	101
5.2.1	Impacto Emocional.....	102
5.2.2	Impacto en el ámbito laboral.....	104
5.2.3	Impacto económico.....	109
5.2.4	Impacto Social.....	111

## CAPITULO VI

6.1	Conclusiones.....	116
-----	-------------------	-----

### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



6.2	Recomendaciones.....	118
-----	----------------------	-----

## **DISCUSIÓN**

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ANEXOS**

Anexo 1: Glosario

Anexo 2: Guía de entrevista

Anexo 3: Nómina de las personas diabéticas del Centro Médico Municipal



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA**

**Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**

**MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR**

**LA DIABETES Y SU EFECTO EN LAS RELACIONES FAMILIARES Y  
LABORALES  
EL CASO DEL CENTRO MEDICO MUNICIPAL  
PERIODO 2009**

**INVESTIGACIÓN REALIZADA PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN  
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

**MAESTRANTE:**

**Lcda. Ruth Vázquez Arias**

**DIRECTORA:**

**Magister Cecilia Castro Ledesma**

**CUENCA-ECUADOR**

**2010**

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **RESPONSABILIDAD**

Los criterios vertidos en este trabajo de investigación son de absoluta responsabilidad de la autora



## DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mis hijos Xavier y Bernarda quienes fueron apoyo y artífices de motivación

**Ruth**



## AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento, a la Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Escuela de Trabajo Social y Orientación Familiar; por la calidad en la educación y formación. A la Magister Cecilia Castro Ledesma por compartir sus conocimientos, experiencias y el permanente apoyo en el proceso de construcción de la presente investigación. Al Centro Médico Municipal, profesionales y de manera especial a las actoras y actores de este estudio por su compromiso y paciencia.

RUTH





## PRESENTACION

La diabetes es considerada en la medicina como una enfermedad crónica multifactorial, cuya incidencia va en aumento afectando a un gran sector poblacional hasta llegar a considerarla como un riesgo, trayendo como consecuencia un grave deterioro no solo físico sino también psicológico de quien la padece y afectando considerablemente las relaciones familiares y las actividades de carácter social y laboral.

Así, estudiosos de esta problemática coinciden en que ha trascendido las fronteras de la medicina ubicándose en un contexto social, que obliga a profundizar más allá de la condición de enfermedad física a una realidad mucho más amplia que permita develar interrogantes que hasta el momento no han sido abordados a profundidad con respecto a la familia, el trabajo y las relaciones sociales, ámbitos en los que se desenvuelve el paciente diabético, considerando que no es un ente aislado, sino al contrario un **ser relacional** que por su naturaleza gregaria permanentemente está en interacción con personas, grupos diversos, en distintas circunstancias de la vida. En toda sociedad es fundamental y prioritario preservar el derecho que todo individuo tiene de acceder a la salud, asegurando su bienestar integral.

En relación a la enfermedad de la diabetes se dispone de una amplia información en torno a las causas, consecuencias, incidencia, tratamiento y otras situaciones vinculadas a la misma, sin embargo poco o nada se sabe sobre los efectos que ésta genera fuera del ámbito médico. Ello se debe quizá porque siempre se valorizó el impacto que esta puede causar desde la óptica de paciente-enfermedad y no se consideró los espacios cotidianos donde se desenvuelve.

El propósito de esta investigación radica precisamente en introducirse en el conocimiento de la problemática desde los ámbitos intra y extrafamiliares, para entender sus consecuencias y propiciar alternativas encaminadas a una mejor calidad de vida de estos pacientes.

### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



La tesis se estructuró en cinco capítulos conforme se los detalla a continuación:

**CAPITULO 1: Aspectos Introdutorios:** Inicia con el planteamiento del problema a investigar y la justificación como fundamento para el estudio con enfoque cualitativo. A su vez se definen los objetivos generales y específicos diseñados para efecto de la elaboración del estudio.

**CAPITULO 2: Contexto:** Se exponen aspectos generales relacionados con la enfermedad de la diabetes. La incidencia a nivel mundial, nacional y local. Las acciones adoptadas a través de las organizaciones para enfrentar esta problemática.

**CAPITULO 3: Teoría:** Contempla bases teóricas en las que se apoya la investigación y que describe las categorías objeto de estudio como: Diabetes, ámbitos Familiar, Laboral y Social. Se analiza la Psicodinámica familiar y relaciones laborales.

**CAPITULO 4: Metodología:** Presenta el marco metodológico con el enfoque utilizado e integra fundamentos, juicios de inclusión y exclusión, guía de preguntas selección de la muestra, y las técnicas acordes con el objetivo de la investigación.

**CAPITULO 5: Análisis de la investigación:** Hace referencia al estudio de los 18 casos sujetos de estudio a través de las entrevistas a profundidad, grupo focal e historia de vida, en el Centro Médico Municipal de Cuenca.

**CAPITULO 6: Conclusiones y recomendaciones:** Como aspecto final se presentan las “Conclusiones y Recomendaciones” dirigidas a los objetivos planteados en la investigación.

Se incluye la bibliografía utilizada en todas las fases del proceso tanto principal como complementaria.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Anexos.** Se incorpora un glosario, la guía de entrevista aplicada al grupo de pacientes diabéticos y la nómina del personal con diabetes del Centro Médico municipal.



## CAPITULO I

### ASPECTOS INTRODUCTORIOS

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En relación a la enfermedad de la diabetes se dice que es una bomba de efecto retardado constituyendo una amenaza para la salud de la población mundial, dada la incidencia cada vez mayor y a cualquier edad.

Esta es una enfermedad asociada a un aumento del riesgo de sufrir una diversidad de complicaciones serias, muchas veces graves. Se conoce que algunas poblaciones se encuentran más expuestas, especialmente en los países considerados en vías de desarrollo, conforme lo señala la Organización Mundial de la Salud. Solamente el control adecuado de la salud puede ayudar a reducir este peligro. En muchas ocasiones las personas no saben que la padecen hasta que se les presenta efectos colaterales y las consecuencias se pueden tornar irreversibles, debido a los efectos físicos y psicológicos.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la prevalencia de la diabetes es de 2 a 4 veces más alta entre las mujeres negras no hispanas, las estadounidenses de origen hispano/latino, las aborígenes norteamericanas y las mujeres asiáticas /isleñas del Pacífico que entre las caucásicas no hispanas, debido a que presentan una mayor predisposición a desarrollar la diabetes.

Según datos del año 2007 proporcionado por la OMS se conoce que existe una mayor incidencia de diabetes en sectores más vulnerables de la población que tiene que ver con un limitado acceso a la salud, educación, trabajo. etc.

*La diabetes es considerada como la enfermedad más frecuente en endocrinología, [Salud y sociedad: capítulo Ecuador 2008,12] y a pesar de ser una de las principales causas de muerte en el Ecuador, no existen políticas de estado para enfrentarla.*

Los efectos de la diabetes influyen no solamente en la calidad de vida de la persona que la padece sino además involucra a la familia, los torna vulnerables



a los conflictos familiares, dependiendo del rol que desempeña el enfermo en la familia.

La enfermedad de hecho alterará sus capacidades si no está debidamente controlada. Esta disminución de su capacidad productiva tendrá efectos negativos en cuanto a las relaciones obrero-patronales. Es posible que una reubicación laboral frustre y limite sus aspiraciones.

Las actividades sociales también pueden sufrir alteraciones como consecuencia de la diabetes, por los problemas físicos o psicológicos que ésta suscita.

## **1.2 JUSTIFICACION**

La creciente incidencia de la enfermedad de la diabetes, se ha convertido en tema de preocupación para las autoridades de salud, de igual forma para los profesionales del área social que se encuentran vinculados con esta temática, al pretender ofrecer servicios con calidad desde una visión integral, esto es que no solo se enmarque en lo físico como enfermedad, sino también en el aspecto familiar y social para contribuir a una mejoría visible y global.

De esta manera la atención al paciente diabético frente a la grave problemática que enfrenta, pretende mantener un equilibrio a lo que a bienestar físico somático y psicológico se refiere, desde una perspectiva de integralidad que incluye diversos ámbitos como son: familia, trabajo y sociedad, siendo esta tarea responsabilidad de todas las instancias públicas y privadas, vinculadas con la temática. Es pertinente el abordaje desde la visión de trabajo en equipo interdisciplinario a fin de asumir funciones y potenciar esfuerzos, en este compromiso de velar por la salud general del paciente diabético.

Para actuar de la forma más adecuada posible, será necesario un estudio investigativo que de cuenta de la real situación de los pacientes para proyectar acciones de intervención efectiva.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Solo la implementación de políticas gubernamentales, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas preventivas de la enfermedad, permitirá, controlar y disminuir los índices que en la actualidad ya son alarmantes. Junto a ello, la información y la formación dirigida a la población más expuesta a contraer la enfermedad, orientada a un mejor conocimiento tanto de las complicaciones que genera, como de los compromisos que se adopten para prevenirlas. Son acciones indispensables desde esta visión de equipo y en cada contexto socio-cultural.

En Cuenca concretamente se cuenta con un grupo identificado con problemas de diabetes, usuarios/as permanentes en el Centro Médico Municipal, con quienes se trabaja a nivel grupal en terapias de recuperación y control de la enfermedad, siendo motivo de interés para las Autoridades Municipales responsables de la Salud, el brindar una atención integralizadora; a más de la que viene ofreciendo como: atención médica, farmacológica, y laboratorio.

Se parte del supuesto que el paciente con enfermedad crónica no trasmisible, propicia condiciones que le afectan tanto a nivel personal como familiar al no estar preparado para enfrentar el grado de estrés que esta produce. Por otra parte el exponerse a esta situación le conduciría a conflictos con el sistema familiar, laboral y social. Se conoce que cualquier modificación en las relaciones personales puede causar algún grado de disfuncionalidad.

Por lo manifestado, este estudio que se realizará con pacientes diabéticos que asisten con regularidad al Centro Médico Municipal de Cuenca, pretende conocer los niveles de afectación, las consecuencias y, a la vez obtener un conocimiento cabal que oriente la clarificación de intervenciones terapéuticas que contribuyan en medida de lo posible a proteger y propiciar un ambiente adecuado que mejore las condiciones de vida de dichas personas.

Si se define a la familia como el núcleo en donde se gesta la sociedad, es importante investigar cómo influye esta patología, las posibles crisis o problemas que provoca en su interior, como se manifiesta su funcionalidad, la capacidad de adaptación de los miembros ante esta problemática.

### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



La actividad laboral es una acción física o intelectual que realiza el ser humano, a cambio recibe una remuneración que garantiza su supervivencia y la de la familia, sin embargo para realizarlas las condiciones de salud deben ser óptimas, por lo que se quiere conocer los problemas y las repercusiones que una enfermedad crónica puede causar en la ejecución y cumplimiento de estas tareas.

Razones que hacen de este estudio, un aporte para un conocimiento científico sobre los múltiples desordenes que puede estar originando la diabetes, en el contexto de los pacientes que acuden al Centro Médico Municipal.

Solo en la medida en que se obtenga un conocimiento integral y coherente del paciente, la familia y el ambiente extrafamiliar, sobre aspectos relacionados con satisfacción de necesidades básicas, afectivas, y la relación entre los subsistemas parental, conyugal, fraternal, posibilitará establecer su funcionalidad o disfuncionalidad.

Es importante determinar el costo económico y psicológico que le significa a la familia el tener un paciente diabético, de hecho el tratamiento médico y la adaptación familiar a un nuevo ambiente son aspectos que deben ser observados.

De igual manera el deterioro físico y psicológico así como la crisis o complicaciones que origina la diabetes es posible que esté obligando al paciente a realizar cambios en su actividad laboral con el consiguiente riesgo de ser causa de incapacidad física debido a la decadencia progresiva y a las secuelas que produce la enfermedad.

El estudio se enfocará a los pacientes diabéticos como parte de una familia y esta como un sistema social que se diferencia de otras *“por sus funciones esenciales, la calidad e intensidad de las relaciones y la naturaleza de sus sentimientos”*. [Minuchín S.1997, 98]

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



Solo al tener un diagnóstico claro de su realidad será posible intervenir adecuadamente y elaborar programas y proyectos psico-educativos sobre el tema de la diabetes que abarque a los/las pacientes y a su familia, haciéndolo extensivo a la comunidad.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar desde una visión integral, los efectos que causa la diabetes en las relaciones familiares y laborales, a fin de proponer medidas de intervención terapéuticas aplicables al entorno individual, familiar y social, en el Centro Médico Municipal de la Ciudad de Cuenca.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer la incidencia de la diabetes en las relaciones familiares.
- Conocer la influencia de la diabetes en las actividades laborales





## CAPITULO II

### CONTEXTO

#### 2.1 BREVES REFERENCIAS SOBRE LA DIABETES A NIVEL INTERNACIONAL

La diabetes es un problema creciente de la salud pública, se conoce que solo en Estados Unidos existe una población de 18 millones de personas que padecen esta enfermedad siendo la sexta causa principal de muerte; según las estadísticas anualmente fallecen 200.000 estadounidenses, observándose que desde el año de 1991 el número ha ido incrementándose en un 61% y se calcula que para el año 2050 se eleve al doble. Nuevos datos muestran que uno de cada tres estadounidenses nacidos en el año 2000 tendrá diabetes en el transcurso de su vida. [<http://www.diabetes-mellitus-información.com/>]

La Organización Mundial de la Salud, prevé que el incremento de la diabetes entre la población adulta alcance un 6,4 para el año 2030, lo que significa un aumento del 60% más que en 1995.

Según la revista "Current Diabetes reports Latin American, 2003, vol., 3" solamente en la ciudad Ontario, perteneciente al Canadá, entre los años 1995–2005 la prevalencia de la diabetes creció en un 69%; y en solo cinco años del 2000 al 2005 lo hizo en un 27 por ciento.

Conforme a estudios realizados sobre la prevalencia de la diabetes, se concluye que en EE.UU. existe un total 20,8 millones de diabéticos conformados por niños y adultos, lo que equivale al 7,0% de la población (de estos el 14, 6 millones tienen diagnóstico; 6,2 millones sin diagnóstico; y; 54 millones de personas son pre-diabéticos.

[<http://who.it/mediacentre/factsheets/fs312/fs312/en/indexc.html>]

De acuerdo a datos proporcionados por la OPS, en el año 2005 se llegaron a diagnosticar alrededor 1,5 millones de casos nuevos de diabetes en personas de 20 años o más.

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



Los Estados Unidos refiere que, en una población de menos de veinte años de edad, el número de diabéticos alcanza un total de 176,500 lo que equivale al 0,22%; con veinte años o más el 20,6 millones equivalente al 9,6%; con sesenta años o más el 10,3 millones equivalente al 20, 9%.

[[http://care.diabetesjournals.org/content/vol25/suppl\\_1/](http://care.diabetesjournals.org/content/vol25/suppl_1/)]

De esta población los hombres representan el 10,09 millones, con más de veinte años de edad, aunque un tercio de ellos no lo saben; mujeres el 9.7 millones, tiene más de veinte años de edad y un tercio de ellas desconocen.

Según la OMS a nivel mundial, el número de personas que sufren diabetes subió de 30 a 171 millones entre 1985 y el año 2008 y se estima que un 4,6 de los adultos de más de veinte años están afectados. Así mismo reporta que al inicio del siglo XXI hubo una prevalencia de Diabetes Mellitus de 2.1%, en edades comprendidas entre 20 y 79 años. Es decir, unos 125 millones de personas, de las cuales el 96% corresponden a Diabetes tipo 1 y 2, respectivamente.

De acuerdo a informes emitidos por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, manifiestan que los países en vías de desarrollo tendrán mayores tasas de crecimiento de la diabetes, así en Latinoamérica, para el año 2010, habrá 20,2 millones de personas con diabetes, considerada una de las regiones en las que se ha incrementado los casos de diabetes en los últimos 10 años.

## **2.2 DIABETES EN EL ECUADOR**

En lo que se refiere al Ecuador, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que se han registrado 700 mil personas con problemas de diabetes, de estas el 70% no puede pagar el tratamiento integral y el resto tiene un control a medias. Y de dos a tres pacientes sufren complicaciones crónicas 10 años después de ser diagnosticadas. Se reporta una prevalencia de 4.1% a 5% de la población con diabetes y es mayor en la población urbana y femenina.

[<http://www.msp.gov.ec/>]

### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el país no existen cifras oficiales sobre la prevalencia de este padecimiento, las que recoge el Ministerio de Salud Pública (MSP) no son representativas, pues se limitan a los ingresos por complicaciones relacionadas con la diabetes, en los centros de atención médica.

Según la Fundación Ecuatoriana de Diabetes, se registra una incidencia de la diabetes del 7% de la población ecuatoriana menor a 45 años, pero a partir de esta edad se observa un incremento del 20% y, desde los 65 años en adelante la constante es cada vez mayor alcanzando un aumento del 40%.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) revela que la diabetes afecta al 5% de adultos, la misma que está asociada a la herencia y agravada por la obesidad, consumo de tabaco y sedentarismo entre otros.

El presidente de la Federación Ecuatoriana de Diabetes afirma que de cada familia ecuatoriana hay por lo menos un paciente con diabetes, asegurando que la enfermedad crece en forma desmedida. Por su parte el Ministerio de Salud Pública, considera a la diabetes la segunda causa de muerte en el Ecuador, después de las enfermedades cardiovasculares.

En el sistema de salud pública, la diabetes está clasificada dentro del Grupo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

De igual forma manifiesta con respecto a la repercusión económica, generalmente al mes un paciente gasta entre \$200 y \$300 distribuidos en chequeos médicos, alimentación, medición de los niveles de la glicemia, autocontroles en la casa, medicinas e inyecciones de insulina. Situación que se vuelve insostenible para la mayoría de los pacientes que ven afectada su economía, no solo porque reciben tratamiento, sino también porque los egresos por gastos médicos son fuertes, no cuentan con políticas de financiamiento o apoyo gubernamental.

En los últimos años, profesionales médicos que pertenecen a la Asociación Ecuatoriana de Diabetes se encuentran trabajando sobre este nuevo problema de la salud pública, desde una perspectiva de capacitación y educación. La estrategia está dirigida a cambiar la mentalidad de la población, para mejorar lo

**MAESTRIANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



que es alimentación, promover actividad física, abandonar hábitos de fumar o ingerir alcohol.

Sin embargo no se espera resultados inmediatos del plan preventivo, se los verán no en uno o dos años, sino quizá en unos diez años. Para quienes ya padecen de diabetes y gozan de protección médica la enfermedad está siendo controlada, por el contrario en el caso de personas sin seguro médico, el Ministerio de Salud está coordinando gestiones con un comité nacional para cubrir de una manera más eficiente a la población que no dispone de suficientes recursos económicos y que lo ayude a sobrellevar este problema.

No hay suficientes estudios a nivel nacional sobre la enfermedad de la diabetes que permita tener un conocimiento mucho más profundo del tema, limitando de esta forma recabar mayor información sobre la incidencia y consecuencias.

### **2.3 LA DIABETES EN LA PROVINCIA DEL AZUAY**

La Dirección Provincial de Salud del Azuay (D.P.S.A.) a través del departamento de Aseguramiento de la calidad “Estadística” cada año hace la presentación y entrega del “Anuario de Enfermedades Epidemiológicas sujetas a vigilancia epidemiológica, y morbilidad ambulatoria de unidades y/o áreas de salud”. Se trata de un compendio de las enfermedades que se han producido en las distintas unidades operativas dependientes de la D.P.S.A. y que se presentaron en el transcurso del año. Esta información la consideran de suma importancia porque los datos sirven de sustento para efectuar la programación, análisis y evaluación de la jurisdicción de las diferentes áreas.

Del Anuario de Enfermedades Epidemiológicas se obtuvo la información estadística sobre la diabetes correspondiente al quinquenio de enero de 2004 a diciembre de 2008, cuyos datos revelan que en este período se presentaron 5370 casos, de estos fallecieron 103 pacientes. Con respecto al año 2008 se observa un incremento de la diabetes en un 37% con relación al año 2007. Sin embargo este particular puede estar relacionado con las acciones desplegadas por el Ministerio de Salud al adoptar estrategias para beneficiar con los servicios de salud a sectores que anteriormente se encontraban marginados, lo

**MAESTRANTE:**



que posibilitó la concurrencia de personas con diabetes a recibir atención médica.

### 2.3 LA DIABETES EN LA CIUDAD DE CUENCA

De las estadísticas que dispone la Dirección Provincial de Salud del Azuay (D.P.S.) a través del departamento de Aseguramiento de la calidad “Estadística”, demuestran que solo en Cuenca se han registrado en los últimos cinco años 3558 casos de diabetes, durante el período 2004-2009, de los cuales 687 corresponde al año 2008, de estos casos 487 son mujeres y 198 varones, reportándose 3 fallecidos en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”.

Debido a la preocupación por la incidencia de la diabetes, varias entidades de salud como el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso, Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, la Fundación Donum, la Casa de la Diabetes, INFA y Centro Médico Municipal, han tomado ya acciones que pretenden organizar a los pacientes diabéticos a través de los denominados clubes, cuyo propósito es dar atención médica, educar y capacitar, motivándolos para que aspiren a una mejor calidad de vida.

- **Fundación DONUM:** Organización que viene prestando atención médica desde el año 1993. Entre uno de sus objetivos es el de dar atención a enfermos que sufren de esta dolencia. Registra diariamente consultas de 10 a 12 pacientes de los cuales 4 son nuevos y los demás usuarios regulares. Entre las actividades que ejecutan son: control médico permanente, programas de carácter educativo y recreativo dentro de la Institución.
- **Casa de la Diabetes:** Creada en el año 2003 por la fundación los Fresnos, el objetivo fundamental es proporcionar atención a personas con diabetes para lo cual implementa varios servicios como: laboratorio, un botiquín (medicamentos a bajo costo para personas con diabetes), médicos con especialidades en diabetología, podología y medicina general. Diariamente acuden de 10 a 15 pacientes, para realizarse



controles médicos, recibir charlas informativas y educativas sobre el cuidado que requiere esta enfermedad.

- **Hospital Regional Vicente Corral Moscoso:** Esta casa de salud fue la primera en agrupar a pacientes con diabetes en el año 1978, gracias a un esfuerzo de Trabajo Social, debido a la incidencia de la enfermedad y las graves consecuencias. Posteriormente al contar con un número considerable de pacientes y debido a la importancia y reconocimiento cada vez mayor de parte de autoridades y profesionales del hospital, se conforma la Asociación de Diabéticos del Azuay, las actividades están encaminadas hacia la educación y control.
- **Hospital del IESS José Carrasco Arteaga:** Esta Institución asumió el compromiso de integrar a sus afiliados con problemas de diabetes, contando con la participación de varios especialistas relacionados con el tema para dar control y tratamiento como: oftalmólogo, nefrólogo, endocrinólogo, nutricionista, cardiólogo entre otros. Las acciones emprendidas por la entidad están a cargo de uno de los profesionales diabetólogos, quien entre otras responsabilidades, debe realizar anualmente la programación de actividades a llevarse durante este período, en cuanto a educación.
- **Casa de Movilización del Voluntariado, INNFA:** Esta Organización dedicada en forma exclusiva a ofrecer a la comunidad de limitados recursos económicos servicios sociales entre los que cuenta la protección de la salud. Sus directivos son personas altruistas dedicadas a realizar labores de voluntariado y como una asistencia más desde hace cuatro meses está funcionando el grupo de diabéticos, con el afán de educarlos sobre los riesgos de la enfermedad y la manera de prevenir los efectos catastróficos que causa, ofreciendo medicamentos a precios económicos, conferencias educativas y control de la diabetes.
- **Centro Médico Municipal:** Para la Municipalidad de Cuenca, cuya misión es trabajar en pro de la Comunidad y del bienestar de quienes la conforman, en septiembre de 1988 pone al servicio de la ciudadanía el Dispensario Médico Odontológico, cuyo objetivo era llegar a la población más desprotegida y con mayor riesgo de sufrir enfermedades, poniendo a su servicio atención ambulatoria en la rama de Medicina General y que



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

ha ido incrementándose por la demanda de usuarios/as hasta contar hoy en día con especialidades, como Pediatría y Ginecología, además una farmacia adscrita a la red Farmasol y laboratorio.

Por la frecuencia con la que llegaban a consulta pacientes con problemas de diabetes y considerando que la asistencia a control se fue tornando habitual, en enero del año 2006 por iniciativa de una de las profesionales en Medicina y la Administradora del Centro Médico se organiza el Club de diabéticos, con el propósito que asuman con responsabilidad esta enfermedad, creando conciencia sobre los cuidados y las pautas a seguir para prolongar y mejorar la calidad de vida.

Se puede apreciar que las instituciones de salud, concientes de la incidencia de esta enfermedad en la zona, han asumido responsabilidades tendientes a mitigar esta problemática que cada día suma el número de pacientes diabéticos.



## CAPITULO III

### TEORIA

#### 3.1 CONCEPTO DE DIABETES

Para el estudio en mención es necesario precisar el concepto de diabetes enfocado desde el ámbito médico: *Diabetes es una enfermedad del metabolismo que se debe a la falta total o parcial y/o de la efectividad de la hormona llamada insulina, secretada por los islotes de langerhans en el páncreas. Su déficit produce la no absorción de la glucosa por parte de las células, produciendo una menor síntesis de depósitos energéticos en las células y la elevación de la glucosa en la sangre (hiperglucemia).* [Current Diabetes reports Latín American, 2003, vol. 2, 367]

Desde una visión bio-psicosocial la diabetes es una enfermedad originada por un trastorno del páncreas, disfunción que a su vez puede estar relacionada con situaciones de carácter hereditario (antecedentes familiares), psicológicos (problemas graves de stress). Hay personas que presentan *una estructura predispuesta a la somatización, siendo más evidente en las entidades de transmisión hereditaria: asma, **diabetes**, compromisos gástricos.* [Quintero A. 1997, 53]

##### 3.1.1 Tipos de diabetes

Existen algunos tipos de diabetes siendo los más comunes:

###### a. Diabetes mellitus tipo 1

Anteriormente llamada diabetes de la juventud o diabetes dependiente de la insulina. Representa el 10-15% del total de los casos de DM (diabetes mellitus) y se caracteriza clínicamente por hiperglucemia y tendencia a la cetoacidosis diabético.





La diabetes mellitus tipo 1 es provocada por una destrucción (inmunológica) selectiva de 90% de las células B productoras de insulina del páncreas. Los pacientes con este tipo de diabetes deben aplicarse insulina, de no hacerlo, son propensos a presentar un coma diabético y por esta razón el tratamiento desde el momento del diagnóstico es con insulina en inyecciones subcutáneas. [Current Diabetes reports Latín American, 2002, vol.1, 84]

Aunque puede producirse a cualquier edad, suele aparecer en la infancia o la adolescencia y es el tipo predominante de la DM diagnosticado antes de los 30 años.

Solo el 10% o 12% de los niños en los que se diagnostica una DMID, tienen un familiar de primer grado afectado por esta enfermedad. La concordancia de DMID en gemelos es de 50% y en individuos genéticamente vulnerables, probablemente un virus (coxaquie B- de la parotiditis y rubéola congénita) incita la destrucción autoinmune de las células B y una **DMID**.

#### **b. Diabetes mellitus tipo 2**

Anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes no dependiente de la insulina, se caracteriza clínicamente por una hiperglucemia que no se asocia a una tendencia a la **CAD** (cetoacidosis diabética), suele diagnosticarse en mayores de 30 años. Pero afecta también a niños y adolescentes.

La diabetes mellitus tipo 2 es la forma mas frecuente de diabetes y se presenta como resultado de una resistencia a la acción de la insulina con una secreción insuficiente de la misma en el páncreas. [Asociación Latinoamericana de Diabetes, ADAL, ed. 2004, 282]

Los pacientes con diabetes tipo 2 permanecen sin diagnóstico entre 5 a 10 años, como consecuencia de que los síntomas que presentan son leves, en otras palabras, presentan ligera elevación de la glucosa en sangre y por ello no manifiestan los síntomas de la enfermedad.

La diabetes se asocia con frecuencia a problemas de obesidad. La concordancia de DMIND (Diabetes Mellitus Insulina no dependientes), en



gemelos monocigotos es de 90% y los factores genéticos parecen ser el principal determinante de su aparición

En la DMNID la hiperglucemia se debe a un deterioro de la respuesta de secreción de insulina a la glucosa. Los pacientes con una DMNID presentan una reducción de la efectividad de la insulina que limita la producción de la glucosa hepática.

En los pacientes diabéticos con DMNI es común una mejoría después de un período de reducción de peso.

Existen factores predisponentes en esta enfermedad así, el riesgo de presentar diabetes se incrementa con la edad, otro factor es la obesidad, la falta de ejercicio físico, hipertensión arterial (elevación de la presión arterial), dislipidemia (elevación de las grasas en la sangre, como son el colesterol y los triglicéridos). Está además fuertemente asociada con una predisposición genética y ocurre con mayor frecuencia en mujeres que han presentado diabetes gestacional.

[Asociación Latinoamericana de Diabetes, ADAL, ed. 2004, 284]

### **c. Diabetes Gestacional**

A la diabetes gestacional se la define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo. Seis semanas después del parto, la paciente debe ser nuevamente evaluada, ya que en la mayoría de los casos las pacientes con diabetes gestacional retornan a valores normales de glucosa en la sangre, pero en otras ocasiones pueden persistir con diabetes o intolerancia a la glucosa.

Existen otros tipos de diabetes que tiene relación con: defectos genéticos en la función de células del páncreas, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas, enfermedades endócrinas, inducida por fármacos o productos químicos e infecciones.

Vale indicar que *se presentan formas infrecuentes de diabetes autoinmune, es decir otros síndromes genéticos que se asocian a veces con diabetes y son las*



*alteraciones de la glucosa, que pueden poner en alerta para realizar un diagnóstico temprano. Estas alteraciones se encuentran entre el equilibrio normal de glucosa y diabetes, ahora referido como pre diabetes.* [Gavin J. Alberti D. et, al, 2003, 38]

### **3.1.2 CAUSAS**

Se ha determinado la existencia de factores de riesgo desencadenantes de la diabetes tipo 2, que mientras más estén presentes en una misma persona, más probabilidades tendrá a desarrollar la enfermedad.

#### **a. Factores Genéticos**

Existen factores de origen genético, que se manifiesta en ciertos grupos étnicos que parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. *Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corre un riesgo en un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida.* [Gavin J. Alberti D. et, al, 2003, 59]

#### **b. Características demográficas**

##### **- Edad**

Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo 2, pero conforme avanza la edad también se incrementan los pacientes. El promedio de edad al momento del diagnóstico de esta diabetes tipo es más alto en ciertos grupos raciales (hispanos, entre otros), tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes. [García R. Suárez R. et, al 1994]

##### **- Sexo**

A pesar de no disponer de amplios estudios y adolecer de ciertas inconsistencias, las estadísticas indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres México-americanas

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



(10.9%), que en los hombres México-americanos (7.7%). [Asociación Latinoamericana de Diabetes, ADAL, ed. 2004, 289]

- **Raza**

Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico, debido a la carga hereditaria.

**c. Estilo de Vida**

- **Obesidad**

Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar esta enfermedad aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica indican que los individuos obesos tienen por lo menos 5 veces mas riesgo de desarrollar diabetes que las personas con peso normal.

Las personas con una historia familiar de diabetes (ambos padres con diabetes tipo 2) se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal a los que no tienen historia familiar de diabetes tipo 2. [Viniegra L. et. al. 2006]

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intra abdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm. [Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). 2006]

- **Inactividad Física**

La actividad física disminuye el riesgo de presentar diabetes tipo 2. En un estudio realizado a dos grupos de individuos, un grupo realizó actividad física

**MAESTRANTE:**



una o más veces a la semana y otro grupo no se sometió a ningún tipo de ejercicio, el grupo con actividad física presentó una disminución de un 20% en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, comparado con el grupo sin actividad física. [Revista. Educación. Medica. Salud. 1994]

La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana esta asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2, y los beneficios son mayores en aquellas personas con alto riesgo como: personas con obesidad, hipertensos o que tengan una historia familiar de diabetes.

El efecto protector del ejercicio puede manifestarse en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, al permitir una mejor labor de ésta en los tejidos muscular, adiposo y hepático. [Revista. Educación Medica. Salud 1994]

#### - **Dieta**

Uno de los factores que se relaciona con la conservación o deterioro de la salud son las prácticas alimenticias. Un ejemplo claro sobre la influencia de la dieta en los individuos fue la ingesta baja de calorías durante las guerras debido a la escasez de alimentos y que se lo asoció con una disminución de la frecuencia de diabetes. Además de la ingesta de calorías, ciertos componentes de la alimentación como hidratos de carbono y grasas estimulan el incremento de peso y desarrollo de diabetes tipo 2. Una dieta alta en grasas esta también asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo.

[<http://www.publispain.com/dietas/diabetes.html>]

#### - **Tabaquismo**

Estudios sobre el efecto agudo del fumar demuestran que la respuesta metabólica en una prueba con carga (toma oral) de glucosa se altera, dando un mayor incremento de esta en la sangre. Así mismo los fumadores suelen presentar disminución de la acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de diabetes tipo 2

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



### - **Urbanización**

Ciertos cambios en el estilo de vida en grupos de población susceptibles pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización generalmente se la relaciona con grandes cambios en el estilo de vida como: la alimentación, la actividad física y el incremento de obesidad, acrecentando el riesgo de intolerancia a la glucosa y en consecuencia desarrollar una diabetes tipo 2.

El consumo de alimentos con alto contenido de energía como son las grasas y los carbohidratos hoy en día sustituyen a los alimentos tradicionales como las leguminosas y los vegetales. La disminución de la actividad física es otro factor negativo presente en las áreas urbanas y sumado a un mayor consumo de alimentos de escaso valor nutricional, trae como consecuencia obesidad y una mayor susceptibilidad a contraer diabetes tipo 2. [La diabetes mellitus como paradigma. Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). 2006]

### - **Embarazo**

Hay una relación directa entre el número de embarazos con la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; a mayor número de embarazos mayor probabilidad de desarrollarla. Además, la mujer que presenta diabetes gestacional y que normaliza su glucosa después del embarazo tiene un riesgo de desarrollar con el tiempo diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 5 a 10%. [Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Madrid: Eurobook S.L.1997]

### **e. Alteraciones Metabólicas**

#### - Alteración de la Glucosa (pre diabetes)

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que todas las personas con pre diabetes, con sobrepeso y edad mayor de 45 años, se les debe considerar candidatos para prevención de diabetes, igual que personas menores de 45 años de edad, con sobrepeso, pre diabetes y otros factores de riesgo.

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



- Resistencia a la Acción de la Insulina

Sin lugar a dudas la resistencia a la acción de la insulina es un elemento central que debe tomar en cuenta toda persona como parte de los factores de riesgo no sólo para diabetes tipo 2 sino en general como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Algunos estudios indican que la resistencia a la acción de la insulina aparece antes que la alteración de la secreción de insulina por el páncreas. [Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. Rev. Cubana de Endocrinología. 1999]

### 3.1.3 Complicaciones

Las complicaciones derivadas de la diabetes son devastadoras, llegando a causar discapacidad o muerte. La elevación continua de la glucosa en la sangre en pacientes diabéticos se asocia con problemas en los siguientes órganos: ojos, riñones, nervios, corazón y sistema circulatorio (arterias y venas del cuerpo).

[<http://www.invdes.com.mx/anteriores/Octubre2008/htm/diabetes.html>].

Entre las complicaciones de emergencia se encuentra el coma diabético.

Las complicaciones a largo plazo, entre otras, son:

#### a. Retinopatía

La retinopatía diabética es una enfermedad de los ojos causada por la diabetes, se trata de la causa más frecuente de ceguera entre adultos de 20 a 74 años de edad con ambos tipos de diabetes, tipo 1 y tipo 2. *Durante los primeros 20 años de padecer diabetes, casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 60% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen retinopatía. El riesgo es alto porque un 21% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen retinopatía en el momento del diagnóstico de la diabetes* [Diabetes Care, volumen 27, supplement 1; January, 2004]



Si bien la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, manifiesta escasos síntomas visuales u oftalmológicos hasta que ha empezado a desarrollar la pérdida de la visión.

En la actualidad *la fotocoagulación por láser para la retinopatía diabética es eficaz a la hora de retrasar la evolución de la retinopatía y reducir la pérdida de visión, pero el tratamiento generalmente no recupera la visión perdida* [Klein R. Klein, BE. et. al: Vol. 14. 2004]

Dado que estos tratamientos están destinados a prevenir la pérdida de la visión y que la retinopatía puede ser asintomática, es importante identificar y tratar a los pacientes al comienzo de la enfermedad. Para alcanzar este objetivo, los pacientes con diabetes deberán ser evaluados de forma rutinaria para detectar la enfermedad.

#### **b. Cardiopatía**

En las últimas décadas se ha producido una sustancial disminución de la mortalidad por enfermedades coronarias de la población en general, lamentablemente esto no aplica para pacientes con diabetes mellitus, porque al momento de efectuar el diagnóstico de diabetes tipo 2, un alto número de pacientes adolecen además de hipertensión arterial.

Las enfermedades macrovasculares como: la enfermedad arterial coronaria, el accidente vascular cerebral, la enfermedad vascular periférica, son responsables de cerca del 80% de la mortalidad de los pacientes con diabetes tipo 2 y la mayoría de las hospitalizaciones son debidas a una de las enfermedades antes mencionadas. [Velásquez O. Rosas M. et. al. 2003]

Los factores de riesgo que contribuyen al incremento de la enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2, están relacionados con el curso acelerado de la aterosclerosis.





### **b. Nefropatía**

Se trata de una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. La insuficiencia renal es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

La diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal, y constituye más del 40% de los casos nuevos. Incluso cuando los medicamentos y la dieta pueden controlar la diabetes, la enfermedad puede conducir a nefropatía e insuficiencia renal. La mayoría de los diabéticos no desarrollan una nefropatía lo suficientemente grave como para causar insuficiencia renal. [Care, volumen 27, supplement, april, 2008]

La diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 a nivel nacional y mundial se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal terminal; esto es debido al incremento en la prevalencia de la diabetes, especialmente la tipo 2. Los pacientes con insuficiencia renal crónica debido a la diabetes actualmente en muchos países están siendo aceptados en los programas de diálisis/hemodiálisis y trasplante renal de los que antes eran excluidos. [England J, Asbury A. Rev. Lancet, 2004]

El signo clínico más temprano de nefropatía diabética es la aparición de niveles bajos pero anormales de albúmina en la orina, para reducir el riesgo y retrasar la evolución de esta enfermedad se recomienda ejercer un control riguroso de la presión arterial.

### **c. Coma diabético**

Es una complicación de la diabetes tipo 2 que implica niveles extremadamente altos de azúcar en la sangre sin la presencia de cetonas, es un subproducto de la descomposición de las grasas.

Este problema suele presentarse en pacientes a quienes no se les ha diagnosticado la enfermedad o que no se les ha podido controlar su diabetes con medicamentos y dieta.



La afección puede precipitarse además por una infección o por ciertos medicamentos que disminuyen la tolerancia a la glucosa o que incrementan la pérdida de líquido.

Hay factores de riesgo que conllevan a esta complicación como: evento estresante, infección, ataque cardíaco, accidente cerebro vascular, cirugía reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, edad avanzada, funcionamiento renal deficiente, manejo inadecuado de la diabetes o suspensión de la insulina y medicamentos que bajan los niveles de azúcar. Los síntomas suelen ser: confusión, convulsiones, aumento de la sed, letargo, náuseas y debilidad; otros síntomas que pueden ocurrir con esta complicación son: movimiento disfuncional, pérdida de la sensibilidad o de la función muscular y deterioro del lenguaje. [Velásquez O. Rosas M. et. al. Archivos de Cardiología de México, 2003]

#### **d. Pie diabético**

Las personas con diabetes no controlada y que se encuentren con un nivel de azúcar en la sangre muy elevado con el tiempo pueden dañar los nervios o los vasos sanguíneos. El deterioro de los nervios producido por la diabetes puede hacer que pierda la sensibilidad en los pies. El problema es que al perderla no se percate de una cortadura, una ampolla o una llaga; lesiones como estas en el pie pueden causar úlceras e infecciones y en casos graves pueden inclusive causar una amputación. [Viniestra L. Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), 2006]

El daño en los vasos sanguíneos también puede significar que los pies no reciben suficiente sangre y oxígeno, tornándose difícil la curación o cicatrización si en ésta se encuentra localizada una área infecciosa.

Es posible evitar los problemas con los pies, controlando los niveles de azúcar en la sangre y manteniendo cuidado y una buena higiene.



### e. Complicaciones del la piel

La diabetes puede afectar todas y cada una de las partes del cuerpo, incluso la piel. Nada menos que un tercio de las personas con diabetes seguramente tendrán algún problema dermatológico provocado o afectado por la diabetes en algún momento de sus vidas. De hecho, ese tipo de problemas con frecuencia es el primer indicio de que una persona tiene diabetes. Afortunadamente, la mayoría de las afecciones de la piel se pueden evitar o tratar fácilmente, si se las detecta en una etapa temprana.

Si bien algunos de estos problemas son afecciones que cualquier persona puede tener las personas con diabetes las contraen con más facilidad. Entre ellas se incluyen: *las infecciones bacterianas, las infecciones micóticas y el prurito. Existe otras alteraciones cutáneas que se producen en mayor medida o únicamente en personas con diabetes como: dermatopatía, necrobiosis lipídica, las ampollas y la xantomatosis eruptiva.* [Viniestra L. Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), 2006,59]

### f. Ateroesclerosis

Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se endurece y puede finalmente bloquear las arterias.

La ateroesclerosis es un tipo de arterioesclerosis, aunque los dos términos a menudo se utilizan para referirse a la misma cosa.

La ateroesclerosis es un trastorno común de las arterias que ocurre cuando la grasa, el colesterol se acumulan en las paredes de estos vasos y forman sustancias duras llamadas placa.

Finalmente, los depósitos de placa pueden hacer que la arteria se estreche y sea menos flexible lo cual dificulta más el flujo de sangre. Si las arterias coronarias se estrechan, el flujo de sangre al corazón puede disminuir o detenerse, lo cual puede causar dolor torácico, dificultad para respirar, ataque cardíaco y otros síntomas.

#### MAESTRANTE:



Los pedazos de placa se pueden romper y viajar a través del torrente sanguíneo, lo cual es una causa común de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. *Los coágulos de sangre también se pueden formar alrededor de los depósitos de placa, obstruyendo el flujo de sangre. Si estos coágulos viajan al corazón, pulmones o cerebro, pueden causar un accidente cerebrovascular, ataque cardíaco o embolia pulmonar.*

[Peter, D. Current. Diabetes, reports; Aterosclerosis, Vol. 2, 6]

#### **g. Arterioesclerosis**

Enfermedad de los vasos sanguíneos que lleva al estrechamiento y endurecimiento de las arterias que irrigan las piernas y los pies lo cual lleva a una disminución del flujo sanguíneo y puede causar daño a nervios y otros tejidos, por lo tanto es una enfermedad que afecta frecuentemente las piernas y los pies.

[Libby: Braunwald's Heart Disease: A, Text book of Cardio vascular Medicine. Philadelphia, 2007]

Se trata de un trastorno común que suele afectar a los hombres mayores de 50 años. Las personas están en mayor riesgo si tienen diabetes, cardiopatía, presión arterial alta, enfermedad renal, tabaquismo o accidente cerebrovascular.

El cuidado de los pies es particularmente importante si la persona también tiene diabetes. Se debe usar calzado que ajuste bien, es importante prestar atención a las cortaduras, raspaduras o lesiones, pues los tejidos sanan lentamente cuando hay una disminución de la circulación y son más propensos a infecciones.

#### **h. Enfermedad cerebrovascular**

Es una interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro y se le denomina "ataque cerebral" o "derrame cerebral".



El accidente cerebrovascular isquémico es el tipo más común y generalmente resulta de la oclusión de las arterias, como consecuencia de la aterosclerosis. Las grasas, el colesterol y otras sustancias se acumulan en la pared de las arterias formando una sustancia pegajosa llamada placa, la cual aumenta con el paso del tiempo. Esto a menudo dificulta el flujo apropiado de la sangre, lo cual puede provocar la coagulación. [Macía M, Pérez L. Rev Cubana, 2003]

La hipertensión arterial es el factor de riesgo número uno para accidentes cerebrovasculares. Hay otros agentes que también incrementan este peligro como: **diabetes**, antecedentes familiares de la enfermedad, cardiopatía, colesterol alto, aumento de la edad.

Ciertos medicamentos pueden ser causa de formación de coágulos y, por lo tanto, el desencadenante para un accidente cerebrovascular. También las píldoras anticonceptivas pueden generar posibilidades de coágulos sanguíneos, especialmente en mujeres que fuman y tienen más de 35 años.

Los hombres tienen más riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares que las mujeres, pero estas últimas tienen riesgo de presentar problema cerebrovascular durante el embarazo y en las semanas inmediatamente posteriores a éste.

Los siguientes factores incrementan el riesgo de sangrado dentro del cerebro, lo cual lo hace a uno más propenso a sufrir un accidente cerebrovascular como: consumo de alcohol, trastornos hemorrágicos, consumo de cocaína y traumatismo craneal.

El tratamiento depende de la gravedad y causa del accidente cerebrovascular, pero se requiere de hospitalización para la mayoría de los accidentes cerebrovasculares.

#### **i. Disfunción eréctil**

La causa más común de disfunción eréctil es *el daño a los nervios, arterias, músculos lisos y tejidos fibrosos, a menudo como resultado de una enfermedad, como la diabetes, enfermedades del riñón, alcoholismo crónico,*

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



*esclerosis múltiple, aterosclerosis, enfermedad vascular y enfermedad neurológica son responsables de muchos de los casos de hombres con DE (disfunción eréctil). [Viniestra L. Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). 2006, 42]*

La diabetes se considera un factor de riesgo común de disfunción eréctil y muchos hombres que padecen de esta enfermedad desarrollan DE, con tendencia a adquirirla a edad más temprana. Además quienes sufren de diabetes tienen hasta cuatro veces más probabilidades de desarrollar DE que otros hombres.

La incidencia de la disfunción eréctil en hombres diabéticos es dos a cinco veces más alta que la media general, en especial en edad avanzada. La disfunción sexual eréctil se define como la incapacidad que tiene un hombre para lograr y/o mantener una erección lo suficientemente adecuada para lograr una actividad sexual satisfactoria. La frecuencia de DE es significativamente más elevada en la población diabética al compararla con la población general. Para que haya una erección normal en el hombre, los nervios deben estar sanos y el pene debe recibir un buen suministro de sangre, la diabetes puede causar daño permanente en los nervios y vasos sanguíneos, y por consiguiente, puede causar disfunción eréctil al disminuir el flujo de sangre hacia el pene. [Viniestra L. Rev. Med. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), 2006]

La disfunción eréctil es un marcador potencial de enfermedad cardiovascular, ya que comparte con ésta muchos factores de riesgo, como edad, tabaquismo o dislipidemias y coexisten con muchas otras enfermedades como diabetes e hipertensión.

#### **j. Hipertensión arterial**

Hipertensión es el término que los médicos utilizan para la presión arterial alta, la persona que presenta pre-hipertensión tiene mayor probabilidad de desarrollar presión arterial alta en algún momento.



Las mediciones de la presión arterial son el resultado de la fuerza de la sangre producida por el corazón, al igual que el tamaño y estado de las arterias.

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluyendo la cantidad de agua y sal en el organismo, el estado de los riñones, del sistema nervioso o de los vasos sanguíneos y los niveles de las diferentes hormonas en el cuerpo.

La hipertensión arterial puede afectar a todo tipo de personas y existe un riesgo más alto si la persona tiene antecedentes familiares de la enfermedad o adolece de diabetes. La hipertensión es más común en personas de raza negra que de raza blanca. [Whelton PK, Appel LJ, et al. Primary prevention of hypertension: The National High Blood Pressure Education Program. 2002]

La mayor parte de las veces no se identifica una causa, lo cual se denomina hipertensión esencial. La hipertensión que resulta de una enfermedad, hábito o medicamento específico se denomina hipertensión secundaria. El alto consumo de sal en la dieta puede conducir a la presión arterial alta. [Wang Y, Wang QJ. *Arch Intern Med*, 2004]

#### **k. Dislipidemia**

El término médico para los niveles altos de colesterol y triglicéridos es trastorno lipídico. Este trastorno ocurre cuando la persona tiene demasiadas sustancias grasas en la sangre, como el colesterol y los triglicéridos, entre otros.

Un trastorno lipídico incrementa el riesgo de aterosclerosis y cardiopatía. Así el colesterol alto y otros trastornos del metabolismo de los lipídicos se pueden heredar (transmitir de padres a hijos) o estar asociados con: diabetes, dietas grasas, ciertos medicamentos, factores relacionados con el estilo de vida, incluyendo inactividad y el consumo de alcohol en forma regular y excesiva. [Aung PP, Maxwell HG, et. al. *Rev.Mex.Salud.vol.16*]



Las personas que fuman y que también tienen altos niveles de colesterol tienen un riesgo incluso mayor de sufrir cardiopatía. Los trastornos lipídicos son más comunes en hombres que en mujeres.

Existen medidas que cualquier persona puede tomar *para mejorar sus niveles de colesterol y ayudar así a prevenir cardiopatías y ataques cardíacos como: escoger alimentos con bajo contenido en grasas saturadas, hacer ejercicio con regularidad, bajar de peso si se tiene sobrepeso, realizarse chequeos médicos rutinarios y exámenes de colesterol.* [Kitabchi AE, et. al. *Diabetes Care*, 29, 2006, vol. 32,142]

Se sugiere a las personas someterse a controles de los niveles de colesterol más o menos cada 5 años, iniciando entre las edades de 20 y 30 años. Si se tienen altos niveles de colesterol u otros factores de riesgo de cardiopatía, es necesario programar controles de acuerdo con las recomendaciones del médico. Estas medidas deben extremarse aún más si se trata de pacientes con diabetes.

Para ayudar a prevenir los altos niveles de colesterol los médicos recomiendan mantener un peso corporal saludable, ingerir una dieta balanceada, baja en grasa.

### **3.2 FAMILIA**

A la familia se le considera *como el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia. Es un sistema íntimo de convivencia en que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y la determinan.* [Quintero A. 1997, 38]

Es una organización social cambiante al igual que la sociedad, considerándola que es allí donde se forjó su origen.

#### **3.2.1 Psicodinamia de la vida familiar**

La familia es el pilar fundamental de toda sociedad, es importante la forma como se relaciona con sus integrantes. Tiene que ver con el grado de





satisfacción de las demandas de orden biológico, psicológico y social de sus miembros, cuyo resultado es la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones. [Sauceda J. Maldonado M. 2003]

Es primordial conocer las relaciones interpersonales que se dan en la familia para develar y comprender su funcionamiento, puesto que el accionar de cada miembro puede provocar diferentes reacciones asimismo e influir en los demás.

Sauceda y Maldonado proponen tres áreas principales de funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional.

#### **a. Estructura familiar**

Se conceptúa la estructura familiar como el *conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia*, se trata de un régimen que opera mediante *pautas transaccionales y la repetición de estas, determinan cuándo, de qué manera y con quien relacionarse*, orientando de esta manera al sistema como regulador de la conducta. [Minuchín S. 1997, 87]

Las pautas transaccionales normalizan la conducta de los miembros de la familia, sosteniéndose a través de dos procedimientos, el primero se refiere a las reglas que regulan la organización familiar, en tanto que el segundo procedimiento implica las expectativas a las que aspiran sus miembros.

Todo individuo forma parte de un subsistema en el que ostenta grados de poder, que le facilita aprender destrezas y lo hace diferente de los otros miembros, así puede ser hijo mayor, padre, esposo, sobrino o tío.

Por lo tanto todo sistema familiar se diferencia y desempeña las funciones por medio de subsistemas.

En la familia se reconocen tres subsistemas: el conyugal, parental y fraterno



- **Subsistema conyugal:** Se forma *cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia.* [Minuchín S.1997,92] Precisando el desempeño de diversas tareas o funciones específicas y vitales para su ejercicio, entre estas cualidades están la complementariedad y la acomodación.

Las pautas de **complementariedad** deben permitir a los miembros de la pareja consentir y tolerarse, sin que esto le haga sentir afectado o vencido, debiendo cada uno aportar o dar parte de su individuación para obtener sentido de unidad.

En tanto que en el proceso de **acomodación** mutua, los cónyuges aportan con aspectos creativos de sus patrones que están implícitos y expresan los mejores rasgos de cada uno. El subsistema conyugal debe protegerse de la interferencia de los requerimientos y necesidades que demanden otros sistemas. [Minuchín, S. 1997]

- **Subsistema parental:** Al nacimiento del primer hijo hay una reestructuración de la familia; instancia en que los padres deben demarcar su espacio que les permita el acceso al niño, al tiempo que se le debe excluir de las relaciones conyugales.

Conforme el niño va desarrollándose las obligaciones tanto en la autonomía como en la orientación exigirán atención al subsistema parental debiendo para esto diferenciarse para cumplirlas. [Minuchín S. 1997]

Para que se de un funcionamiento eficaz requiere que padres e hijos reconozcan el hecho de que la diferenciación de autoridad es un elemento necesario.

- **Subsistema Fraternal:** *Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales.* [Minuchín S.1997,96]

**MAESTRANTE:**



Es en este espacio donde los niños aprenden a manejar habilidades de relacionamiento con el medio familiar y extrafamiliar, aspecto que más tarde puede influir en el transcurso de sus vidas.

El individuo en las diferentes etapas de su desarrollo manifiesta sus propias necesidades, habilidades, capacidades cognitivas y valores propios.

Así como el sistema familiar funciona a través de los subsistemas estos a la vez actúan en relación con: comunicación, roles, reglas, normas y jerarquías.

- **Roles:** En el caso de la familia se refiere a las expectativas y normas que ésta tiene *respecto a la posición y conducta del individuo dentro del grupo*. [Simón, F. Stierlin, H. Wiine, L. 1993, 315] La función del rol establece las relaciones en el grupo familiar.
  
- **Reglas:** Estas avalizan el cumplimiento de roles, *son la expresión observable de la familia y/o sociedad*. [Quintero A.1997, 44]
  
- **Jerarquía:** Hace referencia *a la función del poder y las estructuras en la familia*, [Simón F. Stierlin H. Wiine L.et, al 1993, 205] es necesario que la jerarquía sea clara e indiscutible para que una familia pueda ser funcional.
  
- **Límites:** La finalidad es preservar la diferenciación del sistema, a la vez que determina demandas específicas a sus miembros, *propiciando el desarrollo de destrezas interpersonales consolidando su libertad, además la cubre de la interferencia de los otros subsistemas*, pero permite un acercamiento entre los miembros. [Minuchín, S.1997,85]



- **Control del comportamiento:** Es fundamental y necesario ejercer un control del comportamiento, en especial el de los hijos para que las tareas y roles sean cumplidos satisfactoriamente. *Este control debe ser ejercido con flexibilidad para que sea funcional y debe armonizar lo predecible con lo constructivo.* [Sauceda J. Maldonado M. 2003,8] Las reglas deben ser claras para que los miembros de familia sepan que esperar de cada uno sin ceder su individualidad y naturalidad.

### 3.2.2 Solución de conflictos o respuesta ante los problemas

*Para la solución de conflictos es necesario que los miembros de la familia demuestren cierta destreza para comunicarse.* [Sauceda J. Maldonado M 2003,7] En estadios de crisis esta habilidad debe aplicarse, porque la familia puede reaccionar con rigidez o flexibilidad. A una familia no se la considera funcional por la presencia o ausencia de problemas sino por la manera que lo enfrenta y lo soluciona.

#### - **Axiomas de la comunicación humana**

La comunicación es un factor importante al momento de resolver situaciones interpersonales. Se consideran cinco axiomas de la comunicación en el entorno de la vida familiar.

- Es importante la comunicación en el proceso de una relación interpersonal.
- La comunicación involucra un contenido y un aspecto que determina la relación y que se conoce como metacomunicación.
- *La naturaleza de una relación depende de la sucesión de pasos en una secuencia circular.* [Sauceda J. Maldonado M. 2003,8]
- La comunicación puede ser verbal y no verbal, sin embargo es esta última forma de comunicación la que demuestra el tipo de relación interpersonal.



- De acuerdo a la relación la comunicación se la considera simétrica o complementaria.

### 3.2.3 Ambiente emocional

El clima emocional *dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y la calidad de la vida sexual.* [Sauceda J. Maldonado M. 2003,8]. De la destreza que demuestre el sistema familiar en la expresión y manifestación de los sentimientos, permitiendo que demuestren no únicamente sentimientos positivos sino también negativos, como tristeza, rechazo, angustia e ira. Elementos que medirán la funcionalidad del sistema familiar.

- **Ciclo Vital:** Las familias en el transcurso de su desarrollo pasan por diferentes etapas evolutivas como: noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, escolaridad, adolescencia, emancipación de los hijos (momento que forman su propia familia), y cuando los padres son abuelos.

Cada una de estas etapas presentan requerimientos y el paso de una etapa del ciclo vital a otra siempre tendrá problemas, porque implica cambios y replanteamientos, trayendo como consecuencia una modificación en las relaciones.

La familia debe ser capaz de demostrar capacidad de adaptación, pues se enfrentará a una realidad diferente que deberá aceptarla, posibilitando así el cambio. Pero deberá manifestar cierta estabilidad para dar continuidad y fortaleza al sistema.

Si la familia asume con madurez estos cambios, estarán mejor preparadas para cubrir las necesidades que se presenten en las etapas del ciclo vital, permitiéndoles reconstruirse de manera diferente pero positiva.



## b. Funcionalidad Familiar

Para Virginia Satir existen dos tipos de familias, las **funcionales** o **nutricias** y las **disfuncionales** o **conflictivas**.

- **Funcionales:** Se considera funcionales a las familias cuyas normas son flexibles, están mejor preparadas para atender las necesidades que se presentan en cada una de las etapas evolutivas; siendo uno de los objetivos *disfrutar de la vida y de sus relaciones familiares*. [Belart A. Ferrer M. et, al 1998, 37]

- **Disfuncionales:** Las familias conflictivas están condicionadas a *reglas rígidas e inmutables y su comunicación es más bien indirecta*. [Belart A. Ferrer M. et, al, 1998, 37] En estas familias se aprecia sentimientos de culpabilidad que obstaculiza su desarrollo, generándoles angustia y desánimo. Cuando las normas son manejables y se encuentran supeditadas al estado de ánimo de los padres, la comunicación puede llegar a ser confusa e incomprensible.

Un modelo evaluativo que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia es el **test de APGAR**, basado en la propuesta del doctor Gabriel Smilkstein.

Es un cuestionario que consta de cinco preguntas que evalúa el estado funcional de la familia. Las letras APGAR establecen cada una de las funciones que se van a medir.

### a. Adaptación

Posibilitar el aprovechamiento de los recursos generando bienestar y armonía a la familia, volviéndose un deber la asistencia mutua y la resolución de las dificultades que puedan afectarla.

#### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



**b. Participación**

Asignación de responsabilidades a los miembros de la familia, participando y compartiendo los problemas así como la toma de decisiones.

**c. Crecimiento**

Se refiere a la madurez emocional, al desarrollo de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.

**d. Afecto**

Correspondencia de cuidado y afecto que expresan los miembros de la familia.

**e. Resolución**

La manera de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo tiempo, espacio, y dinero.

**3.3 RELACION LABORAL Y SOCIAL**

Las relaciones laborales constituyen un elemento de importancia esencial, no sólo porque define la calidad de las interacciones entre empleadores y trabajadores, sino fundamentalmente, porque determina la calidad de vida en una sociedad.

El concepto de relaciones laborales abarca, entre muchas otras dimensiones, temas tan fundamentales para la actividad social y la laboral como: salarios, jornadas de trabajo, la previsión, la retribución a la productividad, la calidad del producto y la capacitación de la fuerza de trabajo, el comportamiento de los mercados laborales, los empleos, la disciplina laboral, las condiciones de higiene, salud y medio ambiente laboral, las medidas de bienestar, la información y participación, así como también, los comportamientos del actor sindical y empresarial. [García R, Mateo de Acosta O, et, al. 1985].

Es importante también que las relaciones laborales estén reguladas por una normativa, es decir por un conjunto de deberes y derechos amparados en una legislación que asegure un justo equilibrio y equidad entre los actores; es decir una adhesión basada en convencimiento y el consentimiento de quienes tienen



que ejercerla y no sólo como una imposición externa, asegurada a través medidas restrictivas.

El marco legal que regula las relaciones laborales está contemplado en la legislación laboral y observa todos los aspectos referidos, como: salarios, tipos de contratos, las jornadas de trabajo, la previsión, la retribución a la productividad, la calidad del producto y la capacitación de la fuerza de trabajo, etc.

### **3.3.1 Propender hacia la equidad de oportunidades en el trabajo**

La igualdad de oportunidades debe ser un eje fundamental en las actuaciones del Ministerio de Relaciones Laborales.

Es necesario que la sociedad procure un pleno desarrollo de las personas que la conforman, para que todas tengan la oportunidad de desplegar todo su potencial y su proyecto personal de vida. [García R, Mateo de Acosta O, et, al. 1985]. El objetivo debe ser permitir a los diversos grupos sociales así como al personal que por circunstancias de enfermedad les ha generado discapacidad, que no sean objeto de discriminación peor aún se atenten sus derechos de continuar disfrutando de todos los beneficios, así como *tener igualdad de oportunidades de acceso, presencia y permanencia en el mundo laboral* [Organización Internacional del Trabajo, citado, 2009], y de esta forma, avanzar en la lucha contra cualquier forma de discriminación, exclusión o preferencia que tenga por efecto, anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el trabajo.

Por estas razones la misión debe estar orientada a los diversos colectivos y grupos sociales que en la actualidad no se encuentren en igualdad en las condiciones de acceso, presencia, permanencia y estabilidad en el mundo laboral, o que debido a la cronicidad de la enfermedad haya una disminución en su capacidad física o intelectual.

A la persona con diabetes le afecta la problemática como a cualquier persona, pero no podemos olvidar que la diabetes está presente y que la experiencia ha





demostrado que las relaciones de trabajo se mediatizan muchas veces por la presencia de la misma.

No es que toda persona con diabetes va a ver afectada necesariamente su capacidad de trabajo, sino el hecho de tener diabetes trae consigo la objetiva inclusión en un cuadro estándar de potenciales problemas que el empresario puede tener presente.

La persona con diabetes puede encontrar limitaciones en el desarrollo de su vida laboral. Las causas pueden ser de diversa índole pero las podemos describir como: internas, las que están relacionadas con la admisión y comprensión de la diabetes y las actitudes que tome la persona ante nuevas situaciones; externas, relacionadas con la evasión de empresarios a contratar personas **no sanas**.

Naturalmente existen otros factores de incidencia que tienen que ver con el modelo de sociedad en que vivimos, la competitividad en el mercado, la difusión, información y educación que existe sobre la diabetes, etc. Y sobre todo un tema bastante importante la disposición de leyes que regulen adecuadamente las relaciones socio-laborales.

### **3.3.2 Riesgos laborales de la diabetes**

Es importante conocer las actividades que puedan estar contraindicadas o que conlleven riesgo para la persona que adolece de diabetes, debiendo considerar tres conceptos: los horarios irregulares, las hipoglucemias y las complicaciones crónicas.

En cuanto a la regularidad horaria cualquier actividad que implique un horario desordenado no debería ser recomendada. Debiendo ser responsabilidad del Empleador y Médico de la empresa encontrar alternativas para un tratamiento adecuado de la situación laboral. [García R, Mateo de Acosta O, et, al. 1985].

Las hipoglucemias, sobre todo asintomáticas, pueden constituir un peligro que puede implicar desde una incapacidad temporal hasta provocar la muerte de la persona diabética.

#### **MAESTRANTE:**



Por último, las complicaciones que el mal control de la diabetes pueda traer consigo, es el departamento médico institucional o empresarial el ente encargado de la difusión y educación de los peligros de la enfermedad.

La persona diabética, en principio podría desempeñar cualquier tipo de trabajo, con un riguroso control de la diabetes y de las situaciones de riesgo, además del control del ambiente laboral.

### **3.3.3 Empleador y trabajador diabético**

Aunque no es una condición generalizada sin embargo hay empresas e instituciones en las que sus empleadores alegan que las personas con diabetes no pueden desarrollar determinadas tareas, que son más susceptibles de sufrir bajas laborales, tienen periodos de incapacidad laboral transitoria (ILT) más prolongados, incapacidades en general, accidentes y jubilaciones tempranas.

No se dispone de datos que confirmen o nieguen lo antes expuesto, quizá estas concepciones se originen en aquellos tiempos en que los tratamientos y terapias no estaban tan avanzados como en la actualidad y el cuidado de la diabetes era más complicado, hoy en día es posible acoplar el tratamiento a la vida laboral de la persona con diabetes, con las debidas observaciones.

Las estadísticas sobre siniestralidad laboral que dispone el Ministerio de Trabajo, en ninguno de los datos aparece la diabetes como causa directa. Consultado en la Subdirección de Riesgos del Trabajo del IESS los datos relacionados con Accidentes de Trabajo y Enfermedad profesional con afiliados que sufren de diabetes, es muy escasa. Encontrando pocos casos con periodos de incapacidad laboral transitoria (ILT) más prolongados (12) y jubilaciones por Invalidez (2), datos correspondientes al año 2009.

De igual forma demuestran que de dos mil pacientes que se encuentran en tratamiento de la diabetes sólo dos cursaron baja directamente por esta



enfermedad: una persona ya mayor con una complicación de neuropatía diabética y otra por nefropatía también diabética.

Por lo general, la actitud de cualquier persona con un trastorno de salud es la de encubrirla actuando de igual forma la persona con diabetes, que tiende a ocultarlo para integrarse con normalidad en el mundo laboral.

En las entrevistas de trabajo hay muchas y muy diversas. Se parte del supuesto que nadie puede ser interpelado sobre su salud, generalmente en los formularios de solicitud de empleo consta un acápite sobre el aspecto salud, que solicita confirmar la existencia de alguna enfermedad crónica y/o transmisible, como Sida, hepatitis A o B, tuberculosis, cáncer, etc. pero la diabetes no aparece por lo que no estarían obligados a declararla. Generalmente la razón de ocultar esta afección es por experiencias vividas anteriormente o por referencias de otras personas que no fueron admitidas en algún cargo por tener diabetes, pero en otras empresas a pesar de conocer el empleador de esta situación han sido admitidos cumpliendo satisfactoriamente las labores.

### **3.3.4 Discriminación laboral**

Cuando se aborda el tema de una persona diabética y de sus dificultades para conseguir empleo hace referencia a una discriminación cierta pero difícil demostrar porque el empleador tiene absoluta libertad para seleccionar a la persona que considere idónea a desempeñar tal o cual cargo, volviéndose imperante el ocultar que se es diabético, aunque no sea una buena solución porque impide que dispongamos de una sociedad democrática y un Estado Social de Derecho.

Al actuar con este tipo de discriminación se estará lesionado no solo el aspecto económico sino también causando daño moral que en muchas ocasiones puede ser irreparable.

Lo estamentos públicos, las fuerzas sociales, organizaciones empresariales, sindicatos y asociaciones, deberían frenar estas actitudes discriminatorias,



dotando de una ley capaz de aplicar tanto sanciones administrativas como penales.

### 3.3.5 Relaciones Sociales

Estas relaciones están determinadas por la manera en que interactúan entre sí las personas, por el tipo y el grado de correspondencia que se tienen. Se refiere también al comportamiento y conducta.

Las relaciones sociales, interpersonales, de alguna manera, establecen las pautas de la cultura de grupo y su *transmisión a través del proceso de socialización, fomentando la percepción, la motivación, el aprendizaje y las creencias*. [Jarabo Y, Vaz FJ. 1995, 62]

Dentro de este grupo denominado relaciones sociales se puede contar con los siguientes tipos de relaciones: de amistad, familiares, laborales, entre otras.

Las relaciones sociales resultan ser un complemento en la vida del ser humano, el hecho de relacionarse con seres de su misma especie es una cuestión necesaria y primordial de la vida cotidiana.

Las relaciones sociales se desarrollan dentro de un grupo social. Cada persona dentro del grupo social desempeñará roles recíprocos dentro de la sociedad y actuarán de acuerdo a las mismas normas, valores y fines acordados siempre en orden a satisfacer el bien común del grupo.

Una relación social será un medio para poder satisfacer determinados objetivos. El ser humano es un ser inminentemente social, por tanto necesita entrar en contacto con otras personas de su misma especie. [Donas S. OPS; 1998]



## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

#### 4.1 TIPO DE INVESTIGACION

Debido a la complejidad y alcance del tema se optó por realizar una investigación con enfoque cualitativo, considerando que los problemas que aquejan a los enfermos de diabetes tipo 2 que reciben atención en el Centro Médico Municipal tienen un componente social dentro de su propia particularidad.

##### **a. Fundamentos:**

Por ser un tema desde la visión humanística, cobró un interés especial para conocer como ven, sienten y proyectan su vida familiar, laboral y social, quienes adolecen de la enfermedad de diabetes, a fin de llegar a un conocimiento contextual mucho más profundo.

La investigación cualitativa permite adentrarse al fenómeno, en el caso concreto de enfermos de diabetes, para develar como afecta su enfermedad en las diferentes fases de interacción y apreciar los factores que interactúan y producen determinadas formas de incidir en las mismas.

Esta información fundamentada y relatada desde las vivencias de los propios pacientes en su propio lenguaje y en su entorno, permitirá cumplir con los objetivos y preguntas de esta investigación.

##### **b. Criterios de Trabajo**

Conforme a los procedimientos concebidos por la metodología cualitativa se inició la recolección de información y el análisis interpretativo de los mismos, de acuerdo a los siguientes criterios: [Castro C. 2010]

##### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



- **Introducción analítica:** Se parte del estudio, observación e interpretación de los hechos: relaciones intrafamiliares, laborales y sociales de hombres y mujeres adultos con diabetes mellitus 2, que acuden al Centro Médico Municipal.
- **Proximidad:** El mantener un acercamiento directo y permanente por medio de las diversas técnicas cualitativas y reuniones de grupo ha sido la constante que se requiere en este tipo de enfoque investigativo.
- **Comportamiento ordinario:** Al propender un relacionamiento espontáneo, las dificultades se las obtendrá en la cotidianidad de la vida de los pacientes, facilitando así una información oportuna y fiable.
- **Estructura:** El estudio ha mantenido un orden y organización, lo que permite garantizar el proceso investigativo y llegar a los significados y argumentos de los hechos que se considere relevantes en las relaciones interpersonales, tanto de la familia como del trabajo.

**c. Focos de interés y relevancia:** Los aspectos importantes considerados en esta investigación como focos de interés son:

- Estudiar los efectos de la diabetes como categoría de análisis en los ámbitos familiar, laboral y social.

Se concede importancia a lo que piensan y expresan sus propios actores, desde las vivencias diarias.

**d. Elaboración de la guía de entrevista semiestructurada:**

Se elaboró una guía con 52 preguntas orientadas a conocer situaciones de trascendencia; y organizada según los siguientes aspectos:

- a. Aspecto familiar: infancia, adolescencia, adultez, hijos, cónyuge, funcionalidad
- b. Diabetes y complicaciones
- c. Consecuencias laborales, sociales y económicas

**MAESTRANTE:**



Cada aspecto contiene preguntas dirigidas a auscultar situaciones vinculadas a:

- Satisfacción de necesidades básicas, afectivas y alimentación
- La diabetes y los efectos físicos y psicológicos en su entorno familiar
- La diabetes riesgos y efectos en el ámbito laboral.

Luego de una minuciosa revisión del instrumento, se reformularon las preguntas reduciéndolas a un número de 47, mismas que permitan desarrollar entrevistas en un nivel elevado de profundidad, pues las preguntas expresan y generan a su vez otras por su condición de semiestructuración.

Para las entrevistas en profundidad se consideró la instrucción escolar que en su mayoría es de primer nivel. (Anexo N° 2)

Para garantizar la confiabilidad y la efectividad de los resultados se aplica una entrevista piloto a fin de detectar su nivel de pertinencia, extensión y aplicación técnica.

#### **e. Criterio de selección de la muestra**

Desde la visión de “muestreo opinático” *“se selecciona la muestra siguiendo el criterio estratégico de la o el investigador de acuerdo a la posibilidad de obtener información o conocimiento sobre el tema”*. [Castro C. 2010,75] La muestra está representada por pacientes de ambos sexos, con un tránsito de enfermedad de mínimo cinco años, en actividad laboral y jubilados (máximo cinco años). Se efectuará un cruce de información a un miembro de la familia que en este caso será su pareja, por tratarse de familias en etapa de Nido Vacío.

En cuanto al entorno laboral se aplicará la entrevista semiestructurada a los jefes inmediatos, por considerarlos más idóneos para la investigación.

#### **f. Técnicas**

##### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fue necesario seleccionar adecuadamente las técnicas que van a ser utilizadas en la investigación, porque a través de estas se recogerá la información necesaria que permita estructurarla.

Se han utilizado técnicas como: la observación participativa, entrevista semiestructurada, historia de vida y grupo focal, de enorme importancia por la cantidad y calidad de información que proporciona.

Se pretende llegar a los significados de las conductas, sus temores, inhibiciones, expectativas de los pacientes con diabetes.

Mantener la confidencialidad mediante la utilización de códigos a preguntas y respuestas conforme el siguiente detalle:

T = Testimonio

HV = Historia de Vida

GF = Grupo focal

EP = Entrevista profundidad

PM = Paciente mujer

PH = Paciente hombre

P = Pareja

JI = Jefe Inmediato

- Los literales y numerales de los que consta la entrevista se consigna en un C.D. de respaldo.

Se aplicaron entrevistas a profundidad seleccionados de la siguiente manera: 2 varones y 2 mujeres (todos en actividad laboral); 3 cónyuges y 3 jefes inmediatos. Un grupo focal compuesto por 7 pacientes; 4 varones y 3 mujeres; 4 en actividad laboral y 3 jubilados. Una historia de vida a paciente mujer y en actividad laboral.

### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias





**a. Entrevistas a profundidad**

Para la aplicación de esta técnica se utilizó una guía semiestructurada en pacientes tanto hombres como mujeres, efectuando las entrevistas con una duración de dos horas cada una.

**b. Grupos Focales:**

Se consideró importante la aplicación de grupos focales por tratarse de una técnica que permite entrevistar simultáneamente a varios pacientes, lo que facilitó la discusión, estimulando a que los participantes compartan sus percepciones o ideas sobre el tema motivo de estudio, posibilitando obtener una amplia información. Se la realizó en tres sesiones de dos horas cada una.

**c. Historia de vida**

La utilización de esta técnica aportó con un amplio relato detallado de la vida de la paciente, contada con sus propias palabras y desde un punto de vista subjetivo, partiendo de su experiencia vivencial en el proceso de su vida en donde en un determinado momento se presentó la enfermedad, modificando estilos de vida y las formas de relacionamiento.

En el transcurso de las conversaciones se validaron los criterios o pensamientos que manifestaban las personas desde sus testimonios vivenciales.

Las entrevistas se aplicaron dentro de un marco de total confidencialidad a fin de que las personas se sientan seguras para expresar sus pensamientos, sabiendo que existe de por medio un respeto a la identidad.



- **Fase de preparación para la aplicación de las técnicas:**

- Se procedió a efectuar una planificación del tiempo de duración de las entrevistas y grupos focales, y los espacios entre una y otra (máximo dos horas), así como los aspectos logísticos y de contenido.
- Relacionamiento con los profesionales y las actividades del Centro Médico en el área de la diabetes.
- Acercamiento previo a las personas entrevistadas, a fin de motivarlos y crear un ambiente positivo de apoyo en la tarea.

- **Fase de ejecución**

Se efectuó un escogitamiento del espacio en que se realizaron las actividades planificadas, las mismas que ofrecían condiciones idóneas para el trabajo grupal.

- Las entrevistas se ejecutaron en un ambiente de cordialidad y respeto mutuo.
- Al inicio se procedió a informar sobre el objetivo de la entrevista y la confidencialidad de la misma
- Se consiguió una participación activa de todos los actores.
- Las preguntas de investigación sirvieron para guiar el proceso de análisis, con la posibilidad de flexibilidad en su planteamiento.
- Se recurrió al empleo de una grabadora como también de una libreta de anotaciones para captar todos los criterios que fueron vertidos en cada sesión. Aspecto fundamental para la transcripción de la información.

**g. Codificación**

Se utilizó la codificación como categorías, símbolos conceptos que permitieron referir los fenómenos con mayor claridad, para el análisis interpretativo de signos.



#### **h. Análisis**

A la investigación se la sometió a comprobación constante en relación con los objetivos propuestos a fin de que no se pierda en algún momento el eje de investigación y sus respectivos alcances en el proceso del análisis. Se trabajaron algunas categorías principales como: diabetes, familia, trabajo, y otros emergentes que surgieron en el proceso de análisis e interpretación de los datos.

Para el proceso del análisis se fusionaron las técnicas, considerando frecuencias y coincidencias de las narraciones, lo que permitió enriquecer el trabajo investigativo y agrupar en categorías centrales para su estudio.

- Señalización de resultados: Luego de presentar la tesis a las instancias académicas respectivas, se efectuará una socialización institucional de los resultados para presentar en sesiones tendientes a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.



**CAPITULO V**  
**ANALISIS DE LA INVESTIGACION**

**ANALISIS DE LA DIABETES Y LAS CONSECUENCIAS EN LAS RELACIONES FAMILIARES, LABORALES Y SOCIALES.**

La diabetes, una enfermedad que engloba aspectos **biológicos-predisponentes** o **hereditarios** y factores **psico-afectivos**, que requiere de un abordaje integral para establecer los diferentes componentes que han dado lugar a la existencia de la enfermedad y sus efectos en la vida familiar, laboral y social.

La proyección de la investigación cualitativa ha contribuido considerablemente a obtener elementos visiblemente definidos en la vida misma de los pacientes que participan y acuden al Centro Médico Municipal.

A continuación se realizará un análisis sobre las categorías de estudio que han sido propuestas y que están relacionadas con las etapas del ciclo vital del paciente diabético como: infancia, adolescencia y adultez; auscultando si se cubrieron requerimientos de alimentación, educación y salud. Referente a las necesidades afectivas con los subsistemas parental y fraternal.

En lo que se refiere a la enfermedad de la diabetes cuales son los efectos y las consecuencias que les han causado a los pacientes en el tiempo que adolecen, cómo ejercen el control, antecedentes familiares, presencia de otras enfermedades. La percepción que tiene la familia con respecto a la enfermedad de la diabetes. Las repercusiones económicas en el paciente y la familia.

En el aspecto laboral determinar los problemas que se han manifestado en el cumplimiento de actividades, como ausentismo, desempeño laboral, riesgos de trabajo, cambios en cuanto a calidad y cantidad.



En el ámbito social, los cambios operados en las relaciones con la familia y en el entorno extrafamiliar, alteración en hábitos y costumbres, en el comportamiento y conducta del paciente y la familia.

## 5.1 SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BASICAS Y AFECTIVAS

En todas las etapas de la vida es importante que las necesidades básicas sean cubiertas, siendo esenciales en la niñez y adolescencia, cuya responsabilidad ineludible viene de los padres a quienes les corresponde velar por proporcionarles alimentación, salud y educación para obtener un desarrollo normal y saludable de sus hijos.

### 5.1.1 Satisfacción de necesidades básicas en las etapas de la niñez, adolescencia

Se ha podido apreciar un entorno característico en las familias de los pacientes referente a la situación económica. En todos los casos investigados pertenecen a familias de bajos ingresos económicos, ello implica que la situación de pobreza condiciona severamente la calidad de la alimentación, sin embargo a pesar de estas circunstancias sus padres en la etapa de la niñez se preocuparon por proporcionarles lo necesario para su subsistencia desde una visión muy elemental pero estratégica de lo que supone una satisfacción plena. Así lo evidencia el siguiente testimonio.

T: *“...el dinero que daba papá no alcanzaba para mantenernos, mamá tenía que trabajar por la tarde en una panadería y por eso nunca nos faltó ni pan ni una sopa...”* (PM.GF)

T: *“...éramos pobres pero siempre teníamos que comer aunque sea mote con sal o un café...”* (PV. EP)

T: *“...cuando se acababan las cosas para la comida, mamá salía a fiar hasta que le paguen a mi papá...”* (PM. HV).



Si bien no disponían de recursos para una alimentación completa y variada, existía por parte de las familias una intuición especial para -en medio de su propia realidad económica- ofrecer una alimentación relativamente satisfactoria.

- **Educación:** Existe conciencia sobre la responsabilidad de los padres en proporcionar una atención integral hasta que los hijos concluyan el período de la adolescencia, condición que se convirtió en dura tarea porque eran familias con numerosos hijos y las demandas se acrecentaban conforme estos iban desarrollándose física y psicológicamente, lo que se agudizó el problema económico, sin embargo se constata que las necesidades alimenticias fueron satisfechas no así la educación y salud.

T: *“...lo que papá ganaba no era suficiente para afrontar gastos de la casa, así solo pude terminar la instrucción primaria...”* (PH. EP)

T: *“...cuando terminé la escuela, no pude ingresar al colegio porque mis papás no tenían posibilidades económicas para que continuara con los estudios...”* (PM. GF)

T: *“...apenas estudie la primaria, por la pobreza no pude seguir estudiando, éramos ocho hermanos...”* (PM. GF)

Los hijos se inician en una nueva fase que es la educativa y a la familia le corresponde enfrentar un problema complejo y trascendental como es el de la educación.

Los padres no pueden enfrentar este requerimiento y los hijos deben desistir a llegar a un nivel básico de estudios, este hecho les causó decepción y mucha frustración.

El padre considerado jefe y proveedor del hogar ejercía el poder en la familia, las relaciones con el mundo laboral familiar y social eran bien definidas, con roles específicos de trabajador, autoridad y amigo.

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



Contrario al papel del padre era la madre quien asumía todas las funciones del hogar entre estas obligaciones se cuenta: el control de tareas escolares, contacto con los maestros, participación en actividades escolares, etc. Una particularidad observable hace referencia a los éxitos que obtenían los hijos en ámbitos educativos o sociales, siempre era el padre quien se los atribuía, en tanto que los fracasos eran repudiados culpabilizándole a la madre. Esta visión de roles y funciones se ve reflejado en los siguientes testimonios.

T: *“...cuando papá regresaba del trabajo le gustaba que mamá le tenga la merienda lista, luego de esto salía a dar una vuelta con los amigos, mientras mamá se quedaba revisándonos los deberes...”*. (PV. GF)

T: *“...siendo estudiantes mis hermanos o yo sacábamos malas notas y mi papá se pegaba con mamá, diciéndole que ella tenía la culpa por no vigilarnos, pero si traíamos buenas libretas decía que se debe a su sacrificio...”* (PM. EP)

T: *“...mamá exigía que hagamos los deberes, revisaba que estén correctos, después de comer nos mandaba a dormir para que nos levantemos temprano, así mismo iba a las reuniones de la escuela, papá eventualmente revisaba las tareas...”*. (PM. GF)

La adolescencia constituye una etapa de grandes expectativas, es el momento para cambiar las reglas en el hogar y tomar con responsabilidad las tareas escolares. Los padres por su parte deben apoyar a los hijos en diversas actividades, desde la elección del establecimiento escolar hasta el compromiso y acompañamiento en las tareas escolares. En esta etapa de los pacientes, sus aspiraciones por obtener una carrera profesional de nivel medio (secretaria, contador) que avizore un futuro diferente al de sus progenitores, se ve impedido por la precaria situación económica en unos casos y el desinterés de los padres en otros.



Los pacientes relatan que eran épocas que los padres no creían necesaria la educación secundaria, tenían la convicción de que aprendiendo a “leer y escribir” era suficiente para enfrentarse a las demandas de ese tiempo, por lo que no se sintieron obligados a apoyarlos para que continúen con los estudios. Concluido el nivel primario abandonaron sus deseos de estudiar, a decir de los pacientes coartándoles sus aspiraciones por obtener un título que hubiera permitido forjarse un mejor futuro, como bien lo afirma el siguiente relato.

T: *“...quería ser profesor, pero papá dijo que era suficiente con saber leer y escribir y que el ya me había dado la primaria completa...”* (PM. GF)

Casi todos los pacientes especialmente los varones, siendo aún adolescentes asumieron responsabilidades laborales para contribuir económicamente al hogar, sus padres les ubicaron en talleres para que se capaciten y adquieran una profesión, las áreas preferidas fueron: mecánicas, carpinterías, sastrerías, modistería, entre otras, así lo demuestra el siguiente testimonio:

T: *“...cuando terminé la primaria le pedí a mi mamá que me deje estudiar en el colegio, pero me dijo que no había dinero, que mis hermanos todavía estaban educándose en la escuela...”* (demuestra tristeza en su rostro) (PM. EP)

- **Salud:** La salud es una condición necesaria en el ser humano que le permite asegurar una buena calidad de vida. En la etapa de la niñez son los padres los responsables de velar por la salud de sus hijos, desde el momento de su nacimiento hasta cuando puedan ejercer sus propios derechos y deberes.

Los niños forman parte de la población más vulnerable para contraer enfermedades, debiendo ser los padres y el estado los que asuman la vigilancia y el control de su salud. A pesar de las restricciones económicas presentes en las familias de los pacientes diabéticos investigados, ha existido preocupación por este aspecto. Era común en esa época recurrir a la medicina natural, primero porque estaba al alcance de su economía y segundo por los

**MAESTRANTE:**





conocimientos de las propiedades curativas de las plantas, así lo demuestra el siguiente testimonio:

T: *“...recuerdo que esta sabiduría de la medicina natural eran transmitidos de generación en generación. Cuando alguien de la familia se enfermaba mi abuelita preparaba remedios caseros con las plantas que había en la huerta, así aprendió mi mamá a curarnos...”* (PM. HV)

La atención por la salud de los pacientes en la etapa de la adolescencia no varía demasiado, las costumbres se siguen manteniendo con respecto a los tratamientos aplicados en las enfermedades, utilizando la medicina natural, esto es comprensible porque el nivel económico continúa ubicado en los mismos estándares precarios. Fueron muy escasas las ocasiones en que recurrieron a los servicios de salud y fueron públicos, por tratarse de casos emergentes. Así lo confirma el siguiente testimonio.

T *“...en las enfermedades como no había dinero para ir donde el médico, nos curaban con remedios caseros, al hospital íbamos solo por algún accidente o intervención quirúrgica...”* (PH. GF)

En la adolescencia, aún se dispone de un cierto nivel de salud por las condiciones físicas de esta etapa, debido a que existe mayor actividad tanto intelectual, física y social y sin que se avizore todavía la diabetes como enfermedad declarada.

#### **a. Alimentación**

- **Hábitos alimenticios:** Una regresión a la etapa de la infancia, reviste especial importancia para establecer como se ha venido configurando la vida de las personas respecto a los hábitos alimenticios, desde este período de la vida.

Sabemos que la alimentación constituye un aspecto central en la calidad de vida del ser humano. A pesar de disponer de una variedad de alimentos sin

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



embargo se puede visualizar que el estilo de alimentación y su consiguiente valor nutricional está estrechamente vinculado con la condición económica de las personas.

En la fase de la infancia los requerimientos nutricionales son necesarios para el organismo porque la energía que proporciona la ingesta de carbohidratos, las grasas y las proteínas, procura un equilibrio. Es necesario además el consumo adecuado de vitaminas y minerales.

En el caso de los pacientes considerados en este estudio que provienen en su totalidad de hogares de escasos recursos económicos, la alimentación se ha restringido al consumo repetitivo de ciertos alimentos, esto lo expresa el testimonio siguiente:

T: *“...tuve una niñez de muchas privaciones, se comía lo que había al día, no era variada porque éramos pobres, mamá nos preparaba habitualmente verde, yuca y arroz porque era barato, además le regalaban a papá en la hacienda que trabajaba...”*. (PV. GF)

Por lo tanto la nutrición es un factor determinante en el ser humano, porque de esta dependerá la salud presente y futura.

Con los considerandos anteriores la alimentación de los pacientes estuvo basada preferentemente en la ingesta de granos maduros y tubérculos, en menor cantidad las verduras y las frutas, todos productos que se cultivaban en la región. Siendo de escaso consumo la carne y los derivados de la leche. Con respecto a los mariscos el consumo era muy esporádico, en esa época había dificultad para transportarlos por la falta de medios adecuados de refrigeración y siendo productos de rápida descomposición las personas tenían temor de consumirlos. Una de las personas investigadas nos dice:

T: *“...éramos pobres comíamos poca carne, más granos maduros, papas, mellocos, fideos, poca fruta, de vez en cuando leche, el chocolate mamá preparaba en agua...”* (PM. EP)



Hasta la década de los sesenta todavía existían en la ciudad de Cuenca, familias que disponían de espacios amplios en sus viviendas, lo que les permitía contar con áreas en las que se emplazaban huertos y galpones para la crianza de animales domésticos menores (aves, cerdos, cuyes, etc.), sin embargo la misma situación económica obligaba a que estos productos tanto animales como vegetales se los comercialice y en muy pocas ocasiones lo utilicen para el consumo familiar, así lo demuestra esta afirmación:

T: *“...era niño y teníamos una casa con una huerta en la parte posterior, ahí mamá criaba aves, cerdos, cuyes y conejos que luego los vendía y nos compraba, ropa, zapatos o lo que necesitábamos...”* (PV. GF)

Se evidencia como las condiciones económicas precarias incide directamente en el tipo de alimentación y por lo tanto en la salud de las personas investigadas.

Esto significa que los pacientes con diabetes desde etapas tempranas no tuvieron una dieta equilibrada, factor que posiblemente repercutió al pasar de los años en su salud.

Ya en la etapa de la adolescencia se puede apreciar cambios poco significativos, con tendencia más bien a conservar un mismo patrón alimenticio, con una dieta rica en carbohidratos y proteínas, seguida de un bajo nivel de consumo en vitaminas y minerales (frutas, verduras). Así lo afirma en el siguiente testimonio:

T: *“...se comía arroz, fideos, papas, carnes, huevos y como ya trabajaba a media mañana en vez del café compraba hornado, papas locas, guatita, sánduches...”* (PM. EP)

Otro de los problemas que se le puede atribuir a esta deficiente alimentación de los pacientes, es la escasa información nutricional, ignorar el valor de cada alimento y la combinación de estos para mantener un sano equilibrio que



asegure salud y bienestar tanto físico como social y psicológico, como lo indica claramente esta aseveración:

T: *“...Antes se comía para llenar el estómago, sin saber el valor que tiene cada alimento, en cambio ahora podemos comer más variado nutritivo y con menos dinero, reemplazando incluso alimentos como la carne con quinua o soya...”* (PM. HV)

Actualmente las personas tienen mayores posibilidades de recibir información sobre temas nutricionales. Las personas investigadas reconocen la importancia de tener conciencia sobre la calidad de la alimentación para prevenir determinadas enfermedades, entre estas la diabetes.

## **b. Salud**

### **- Enfermedades**

Los problemas de salud que enfrentaron los pacientes en la niñez han sido análogos en los resultados, adolecieron en la infancia de enfermedades virales como sarampión, rubéola, viruela, varicela, etc. enfermedades propias de esta etapa de la vida. Los problemas de salud eran tratados en el hogar con medicina natural, que tuvo gran significación en tiempos pasados, sus padres rara vez concurrían al médico pues tenían confianza en el poder curativo de las plantas, así lo indica el siguiente testimonio:

T: *“...de niño me dio sarampión y varicela, mi mamá preparaba infusiones con plantas que ella conocía, quitándome la fiebre y los malestares, y no solo de estas enfermedades sino de cualquier otra...”*  
(PH. EP)

Según lo manifestado por los pacientes, los padres tenían sus creencias con respecto a ciertas enfermedades, porque aseguraban que el origen se debía a



fuerzas naturales que ejercían en la persona una gran influencia. Eran muy comunes las prácticas de curaciones de “mal de ojo”, “cogido el arco”, “mal aire”. Así relata un paciente:

T: *“...de niño tuve fuertes dolores de las piernas, por espacio de tres años, mis padres me llevaron donde algunos médicos que me dieron diagnósticos, como reumatismo, principio de fiebre reumática y artritis, aún con medicación no me curaba, fui llevado donde un entendido me dijo que me había **cogido el arco**, de una laguna a la que fui de paseo, me trató con remedios caseros que realmente me curaron...”*. (PH. GF)

Esta situación no produjo cambios sustanciales en la adolescencia y la actitud con relación al tratamiento de las enfermedades desencadenadas por virus, bacterias y hongos al igual que heridas o fracturas, a los pacientes eran sus padres quienes los curaban, pero si persistía el problema o no había una mejoría inmediata, recurrían a los “entendidos o curanderos” que practicaban **sanaciones** del **cuerpo** y del **alma**; mediante la práctica de rituales y administración de aguas con poder curativo, costumbres todas extraídas de culturas ancestrales.

T: *“...jugando en el barrio sufrí una fuerte caída y me fracturé el hombro, me llevó mi mamá donde un entendido que me compuso el hueso. Enfermedades que no nos curábamos en la casa nos trataba una señora con agua de montes y limpia...”* (PH. EP)

La función de velar por el bienestar físico de la familia en lo que se refiere a la salud, fue de absoluta responsabilidad de la madre, diluyéndose la presencia y la intervención del padre.

T: *“...en nuestras enfermedades era mamá quien nos curaba o si tenía que llevarnos donde el médico; papá no se entendía de nuestros problemas de salud...”* (PH. EP)

### 5.1.2 Satisfacción de necesidades afectivas



Los niños y niñas a más de cuidados físicos requieren que se les prodigue afecto para su crecimiento emocional. Los pacientes recuerdan la forma cómo se dieron las relaciones afectivas con sus padres en la etapa de la niñez y si bien hubo preocupación por cubrir necesidades materiales emergentes, no así en el ámbito afectivo y emocional. Las manifestaciones de amor y cariño siempre recibieron de su madre, cercanía que es comprensible porque las funciones relacionadas con los hijos era ella quien las ejecutaba. El padre en tanto en su papel de proveedor “olvida” estas funciones importantes para el desarrollo emocional de sus hijos y lo convierte en padre pasivo y **periférico**, así lo demuestra el siguiente testimonio.

T: *“....recuerdo a mi madre siempre mimándonos a mis hermanos y a mí, cuando tenía algún dinero nos preparaba cualquier golosina, en cambio papá no era muy cariñoso...”*.(PV. EP)

Se deja entrever por parte de los padres manifestaciones machistas hacia los hijos e hijas. A los varones se los impedía tener mayor contacto con las hermanas mujeres; eran épocas que no se aceptaban las demostraciones de afecto mediante contacto físico porque iba en menoscabo de su virilidad, considerado un acto de “poco hombre”, que no fueron más que burdos prejuicios de una sociedad machista.

T: *“...papá decía que no está bien que entre varones se abracen, lo que recibíamos de él de pronto era una palmada en la espalda o un apretón en el hombro...”* (PV. GF)

A los hijos se les reprimían las emociones que podían ser expresadas a través del llanto, porque se le etiquetaba al niño como “poco hombre” “porque los varones no lloran”, presentándose situaciones en los que eran incluso ridiculizados y convirtiéndolo en un atributo de las niñas porque se las consideraban “débiles y necesitadas de protección”. Estos estereotipos y estigmas culturales se han interiorizado en la conciencia de las personas y se trasmite en la socialización. El siguiente relato da cuenta de este aspecto de la vida familiar:

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



T *“... Cuando nos reprendía con la correa llorábamos del dolor, pero papá nos decía que no es de hombres llorar que solo las mujeres lloran, con el tiempo uno hace lo mismo con los hijos varones...”* (PV. GF)

Cuando la familia atraviesa por eventos traumáticos e imprevistos, es ineludible que se presenten crisis de desajuste, como la vivida por una de las pacientes que a temprana edad quedó huérfana por el fallecimiento de su madre, permaneciendo al cuidado de un padre que a decir de la paciente no se responsabilizó de la crianza por su problema de alcoholismo, la alternativa fue separarlos a ella y a sus hermanos e insertarlos en hogares diferentes, con padres sustitutos que posiblemente no estaban preparados para proporcionarles afecto y cuidado. La situación de los hijos se agudiza a decir de *Angela Quintero cuando fallece el padre o la madre joven sin haber cumplido su ciclo vital*, [Quintero A. 1997, 50] esto significa que no asumieron las tareas de velar, proteger y proporcionar las necesidades físicas y afectivas que necesitan en esta fase de su vida. En el presente caso la pérdida fue de los dos progenitores, como lo indica el testimonio siguiente:

T: *“...Mi madre murió cuando tenía tres años de edad, mi papá tomaba mucho, así que nos separaron de él y nos colocaron en diferentes casas de familiares a mis hermanos y a mí, con esto perdí a mis papás, en la casa que estuve me sentí siempre como “arrimada”, por el trato diferente que me dieron con respecto a los propios hijos...”* (hay tristeza en sus palabras y en su expresión) (PM. HV)

En la niñez ningún ser humano está apto para hacer frente a situaciones que impliquen riesgos para su integridad física o psicológica, porque son los padres o adultos los responsables de prepararlos, al no tener esta protección se tornan vulnerables a sufrir cualquier situación de gravedad, que luego los obliga a coexistir con “traumas” por el resto de sus vidas, como lo expresa una de las entrevistadas:



T: *“...Cuando tenía ocho años de edad un familiar de mi madrina con la que yo vivía me violó, nunca conté a nadie por miedo a que me manden de la casa...”* (PM. HV)

Este testimonio demuestra los riesgos y dificultades que se presentan en la niñez y adolescencia, dejando huellas muchas veces irreparables que les lleva a etapas prolongadas de angustia miedo, sufrimiento, que en la mayoría de casos se somatizan.

T: *“...Papá se fue de la casa cuando tenía 16 años, me hizo mucha falta, porque necesitaba sus consejos, a mi mamá no podía contarle las cosas que me pasaban, porque que él me hubiera entendido,...”* (PV. GF)

En esta etapa, la trascendencia y efectos psicológicos que adquiere la ausencia de uno de los padres es mucho más crítica cuando los adolescentes necesitan del apoyo afectivo, moral, económico, en su proceso de desarrollo lo que podría dejar profundas huellas en la personalidad.

#### **a. Relaciones fraternales**

Los pacientes provienen de familias numerosas, fue en la niñez y con los hermanos que establecieron su primer acercamiento entre iguales, compartiendo juegos y apoyándose entre sí, tuvieron diferencias que en muchas ocasiones les llevó a enfrentarse, pero fueron de estas experiencias que aprendieron a ceder, tolerarse y apegarse unos a otros. Se formaron alianzas por afinidad, sexo, edad e intereses, como se puede afirmar en el siguiente testimonio”

T: *“con mi hermana había diferencia de dos años así que éramos confidentes, nos cubríamos de las travesuras que hacíamos, compartíamos juegos, en ocasiones nos enojábamos.”* (P M. G.F.)





De hecho una familia numerosa permite que entre hermanos existan espacios lúdicos, de trabajos y responsabilidades compartidas, que afiance sus sentimientos.

De estas relaciones también ocurrieron hechos de acoso sexual que se mantuvieron ocultos por muchos años y por “**vergüenza**” nunca se contaron, albergando sentimientos de culpabilidad y de temor a recibir castigos. Los padres actuaban con mucha rigidez lo que obstaculizaba el acercamiento con los hijos.

T: *“...de mi hermano mayor tengo un mal recuerdo me acosaba sexualmente eso hacía que me sienta mal, de esto nunca conversé con nadie, no les conté a mis papás porque era pequeña y creía que ellos me hubieran pegado...” (PV. EP)* (los ojos se llenan de lágrimas y fija su mirada en el piso).

Este tipo de traumas son los que van a repercutir en su personalidad, en su estado de ánimo y a generar tristeza constante.

En la adolescencia sus intereses cambiaron, habían formado coaliciones entre los hermanos para protegerse de la intromisión de sus padres o del resto de hermanos, veían normal en sus familias que el “hermano mayor” asuma la “responsabilidad paterna” en prácticas de violencia y machismo con sus hermanos y especialmente con las hermanas, en afán de resguardar la moral y el buen nombre de la familia, actos que eran normalizados, recibiendo el aval de sus padres, así lo demuestra el siguiente testimonio:

T: *“...mi hermano mayor, no nos dejaba a mis hermanas y a mí que tengamos amigos, cuando nos encontraba conversando nos metía a la casa pegándonos y les avisaba a mis papás y ellos decían que estaba bien porque era indigno lo que habíamos hecho...” (PV. GF)*

Esta forma vertical de dar y asumir órdenes de hecho los confunden, descendiendo los niveles de autoestima en los pacientes, lo cual se proyecta hasta la actualidad.



## b. Interacción con el entorno social

La edad escolar es el período en el que inician su contacto con el entorno social, uno de ellos se lo considera el educativo, porque es en esta etapa que la que se desarrollan funciones cognoscitivas, afectivas y sociales. Los pacientes expresan que sortearon dificultades de adaptación y de interacción con sus compañeros, no escaparon a situaciones de confrontación, en unos casos fueron sus padres los que intervinieron para solucionar los impasses surgidos, en otras sus hermanos mayores, como se evidencia en el presente testimonio:

T: *“...en la escuela había compañeras que me pegaban y me quitaban el fiambre, yo les tenía miedo, así que le avisaba a mi hermana mayor y ella iba en mi defensa...”* (PM. GF)

Las actitudes de sobreprotección que mantuvieron sus padres causaban inseguridad al momento de tomar decisiones convirtiéndose en el blanco de críticas y burlas de los compañeros, así demuestra este testimonio:

T: *“... mis amigos me invitaban para ir a cazar con resorteras, juegos que se practicaban en ese tiempo, no me iba porque mi mamá decía que son juegos peligrosos, mis amigos se burlaban diciendo que parezco niño chiquito, en ese entonces, tenía 11 años...”* (PM. EP)

Las relaciones sociales en la adolescencia se intensifican, buscan su espacio, requieren mayor privacidad, pero los pacientes en su mayoría manifiestan que sus padres no les dieron suficiente apertura, fueron muy estrictos apegados a normas inflexibles, pero aprueban y admiten esta conducta, porque dicen que les “permitió” ser “personas de bien”. El siguiente testimonio da cuenta de lo indicado.

T *“... mi papacito era estricto ni a fiestas de amistades nos llevaba, nos decía a mis hermanas y a mí que no es bueno exhibirse que tenemos que hacernos valer (significa respetar) y eso nos ha servido porque hemos sido buenas personas y no unas bandoleras...”* (PM. GF)



La adolescencia causó a los pacientes conflictos con sus padres, quienes ostentaban un modelo patriarcal, donde la autoridad era incuestionable y las reglas sumamente rígidas. Los jóvenes no podían relacionarse con amigos, no hubo fortalecimiento de relaciones sociales, ni compartieron intereses y aspiraciones, no les permitieron “despegarse” de su protección, en esta fase que es importante la interacción con el entorno social, esto los convirtió en personas reservadas, tímidas, poco comunicativas. Las reglas debían ser cumplidas estrictamente y si no seguían con obediencia los mandatos, su actitud se tornaba violenta, provocando frustraciones y resentimientos, con resquebrajamientos en las relaciones,

T: *“...Mamá nos daba a mis hermanos y a mí cierto tiempo para llegar del colegio a la casa y había ocasiones que nos quedábamos haciendo trabajos, al llegar no dejaba que le explique nos pegaba con una correa vieja y cuando papá llegaba le daba la queja y también nos hablaba...  
(PV. GF)*

Se aprecia en la investigación, la influencia que ejerce la cultura en modos de vida, costumbres y patrones culturales, que rigen la forma de pensar, actuar y asumirlos como naturales y establecidas en la sociedad.

### **5.1.3 Etapa de la vida adulta y manifestaciones de la enfermedad de la diabetes**

En los decenios de la vida adulta, el organismo va sufriendo diversos cambios relacionados con el envejecimiento, la influencia del ambiente, la profesión y las costumbres. Cuando se pasa de los cincuenta años, la conservación de la salud impone más cuidados que en los años precedentes, es importante también saber mantener un equilibrado nivel de relaciones familiares y sociales.

Existen dos períodos en la vida del adulto: el adulto joven y el adulto mayor. En este último están considerados los individuos que posiblemente estén casados, con hijos jóvenes, con responsabilidades y problemas que pueden condicionar



los objetivos, sentimientos y medios de vida. En esta etapa aparecen los problemas de salud y una decadencia general del individuo.

La etapa de la edad adulta debe prestar atención preferente a la salud, de ella dependerá su equilibrio psicológico y, como consecuencia, influirá tanto en la calidad de vida de la familia como en el clima de convivencia de todos los miembros.

Una vez que la persona avanza en la edad adulta tanto biológica como psicológicamente irá experimentando cambios. *Estos serán el fruto de sus relaciones, de la vida que lleva y del ambiente en el que vive.* [Sauceda J. Maldonado M. 2003, 11]

#### **a. Diabetes y ciclo vital**

Los pacientes están atravesando edades de adulto mayor, ubicándose en la etapa del Nido Vacío, los hijos han salido del hogar para formar sus propias familias, esto los obliga a reestructurarse como pareja. Conforme *los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer aunque en circunstancias sociales totalmente distintas* (Minuchín S, 1997, 95), es el momento que como pareja establezcan una relación basada en el apoyo mutuo y reconstruyan un nuevo proyecto de vida, el prodigar afecto a los nietos aliviará el sentimiento de vacío y soledad que les dejó la separación de los hijos, así lo demuestra el testimonio siguiente:

T: “...cuando se casaron mis hijos, la casa se sentía muy sola, pero llegaron los nietos y eso suplió el vacío, los quiero mucho y les ayudo en lo que puedo...” (PH. EP)

Los padres tienden a negar la independencia de sus hijos/hijas y no asumen fácilmente el hecho que ellos se deben a sus familias. Esta forma de mantener aún bajo su control a la nueva pareja es motivo de tensiones y problemas en la relación con los hijos. Posiblemente este ejercicio de poder que es bastante frecuente en todas las personas investigadas se debe entre otras cosas a la necesidad de tener cerca a los hijos y poder contar con su ayuda en la



consecución de la enfermedad, quizá sea también una forma de alejar a la soledad de la vejez; el siguiente testimonio refleja claramente lo manifestado:

T: *“...mi hijo desde que se casó viene de repente a la casa, a la mujer no creo que le gusta visitarnos, desde que hice un comentario que debe atender mejor a su marido y a sus hijos ...”* (PH. EP)

Esta afirmación evidencia el hecho de que en nuestra sociedad existe una fuerte dependencia de los padres hacia los hijos, pues los patrones culturales establecidos en la sociedad, no facilita una emancipación adecuada. Por otra parte los padres tampoco aceptan la separación, porque se encuentran en una etapa de su vida en donde la enfermedad de la diabetes les ocasiona graves consecuencias en la salud física y mental.

#### **b. Diabetes y cumplimiento de tareas**

La diabetes una enfermedad que causa desordenes físicos y psicológicos que con el tiempo llegan a causar discapacidad, incide en la rutina del paciente que puede ver disminuida su fortaleza para el desempeño de las tareas y actividades, requiriendo del soporte de la familia.

En la edad adulta también se encuentra la presencia de otras alteraciones causadas por la menopausia y la andropausia, que se adicionan a las perturbaciones de la diabetes.

En el caso de las pacientes demandan a su pareja que compartan las tareas del hogar, comprenden que antes no les exigían porque contaban con la colaboración de los hijos.

T: *“...mi marido si me ayuda cuando está de buen carácter y si no tengo que hacer yo sola, pero si estoy muy cansada no hago nada, (sonríe) es que la diabetes con el tiempo, quita vitalidad y creo que se agrava con la menopausia, pero hemos conversado que tiene que ayudarme ahora que nos hemos quedado solos, antes colaboraban los hijos....”* (PH. GF)



Los/las pacientes en general están concientes que no tiene las mismas habilidades y fortalezas debido a la enfermedad, y buscan la manera de conseguir apoyo especialmente en su pareja. Sienten con nostalgia la ausencia de sus hijos quienes estaban siempre a disposición para colaborar y apoyar en las tareas de la casa.

Otra de las dificultades que se observan son las actitudes machistas que presentan los cónyuges al momento de compartir las tareas. En la actualidad todavía es frecuente que el hombre maneje el poder y se crea con mayor status que las mujeres, especialmente en parejas formadas por adultos mayores.

Tradicionalmente el machismo ha estado asociado a la diferenciación de tareas entre hombres y mujeres y a la subordinación en muchas sociedades incluida la nuestra; contiene todo un *conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y mantener condiciones discriminatorias en contra de la mujer*. [www.udec.cl/ssrvi/numero2/articulos/machismo.htm]. El machismo no solo es causa de violencia de género o violencia contra las mujeres, sino que a menudo adopta otras formas de violencia doméstica.

Los pacientes cuyos padres son ancianos y por condición de tal requieren de estos, se les presentan serios problemas debido a que ellos también viven las consecuencias de esta enfermedad. Esta situación le crea conflictos al paciente diabético que debe por un lado asumir la responsabilidad de velar por sus padres ancianos y por otra enfrentar su propia enfermedad. Realidad que de hecho va a influir en la salud y verse mayormente afectada, como lo indica el siguiente comentario.

*T "... también tengo que velar por mi papacito, que es anciano, tengo que darme tiempo para ir a verle todos los días, le llevo al doctor, veo que tome las medicinas, porque mis dos hermanos que viven aquí no se interesan mucho y los otros están en Estados Unidos, por eso dice mi marido que solo yo no soy hija y tenemos discusiones, porque a veces las fuerzas me faltan y es por la diabetes cuando está descompensada,*



*pero no hay otra solución y es mi obligación y en esto los maridos no son de mucha ayuda ...” (PM. EP)*

La sociedad con sus problemas culturales, económicos, sociales, no constituye un buen espacio para la superación de sus pacientes que se desenvuelven en medio de condiciones desfavorables.

### **5.1.3.1 Relación con la pareja**

#### **a. Convivencia conyugal antes y después de adquirir diabetes**

Es importante evidenciar los cambios que se pueden generar a nivel de convivencia conyugal en el proceso de la enfermedad, esto es antes y después de adquirirla, es importante conocer en que medida esta dolencia puede modificar conductas y alterar la tranquilidad del hogar.

La formación de pareja se da el momento en que las personas se enamoran y desean compartir su vida, sumándose otros componentes *como la satisfacción sexual, el sentimiento de pertenecer a alguien o sentirse necesario* [Belart A. Ferrer M. 1998,55] Las relaciones y afectos por lo general se ven fortalecidos con el tiempo y todo parece marchar armoniosamente, más en un momento determinado esta unión se ve perturbada por la presencia de una crisis resultado de un evento imprevisto como la diabetes, enfermedad que trastoca no solamente al paciente sino también a la familia.

En una apreciación de la situación de cómo fueron las relaciones antes de adquirir la diabetes y como son ahora, dio como resultado el recordar una convivencia en un ambiente de cordialidad y respeto, con conflictos y negociaciones, en las que anteponían los intereses de pareja a los personales.

La diabetes estimuló a que la relación conyugal de un giro sustancial, modificando hábitos y costumbres afectivas y sociales, la falta de elaboración de un proceso de adaptabilidad, conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte de los cónyuges propicia desacuerdos, esto confirma el siguiente testimonio:



T: *“...a mi marido le gusta ir a compromisos sociales y siempre hemos ido los dos, pero ahora ya no le acompaño porque me afecta la mala noche...”* (PM. HV)

T: *“...mi mujer dice que antes era más alegre, pero que hoy soy mal genio que de todo tengo rabia, bueno si se cambia el carácter...”* (PH. EP)

T: *“...mi esposo cree que antes de la enfermedad le daba más atención y que ahora no es lo mismo,...”* (PM. GF)

Estas afirmaciones demuestran las modificaciones producidas por la presencia de la enfermedad, como cambios en el carácter, en la motivación social, en las relaciones afectivas entre la pareja.

Los problemas han debilitado las relaciones, produciendo apatía, desgano, alejamiento de la vida social, tristeza, soledad, perturbando al paciente y a la pareja. La persona diabética va a estar mayormente afectada al sumarse estas dificultades que alteran su estado de ánimo, aspecto importante en la enfermedad de la diabetes.

#### **b. Relaciones de Afecto**

Las parejas en el transcurso de su vida, sufren ajustes al pasar de una etapa a otra dentro de los ciclos vitales y si en este proceso emergen complicaciones como efecto de dificultades impensadas ya sea por pérdida de uno de sus miembros, abandono o **enfermedad**, los problemas intrafamiliares se agudizan porque en este caso la diabetes constituye un factor que desata conflictos en las relaciones afectivas, sexuales, sociales y recreativas

Las personas investigadas perciben que no están prodigando ni recibiendo el mismo cuidado y amor de la pareja, no se dan los espacios que les permita compartir como lo hacían antes de adquirir la enfermedad, no enfrentan ni resuelven el tema de los cambios producidos en las relaciones conyugales, lo que propicia alejamientos, frustraciones y sentimientos de culpa.





Los problemas surgen porque el o la cónyuge desconoce y no tiene la información suficiente sobre las secuelas de la diabetes y acusan a la pareja de la falta de interés y afectividad. La comunicación es vital para el éxito en las relaciones de pareja, como dice Virginia Satir “*la comunicación es a la relación como la respiración a la vida*”, ésta debe ser positiva para que fortalezca la relación, la enriquezca y la vuelva energizante, como efecto la pareja podrá sentir bienestar, entender el problema bio-psicosocial y prodigarle la asistencia necesaria, lo cual contribuirá a elevar el autoestima y compartir mejor la relación, así se aprecia en el siguiente relato:

T: “...tengo la impresión que mi esposo no se interesa por mi, trae golosinas que me ofrece sabiendo que no puedo comer, debe ser más considerado...” (PM. GF)

T: “...nos peleamos con mi marido, porque estoy ocupada haciendo mis cosas y quiere que este sentada al lado de él viendo la televisión, como no hago lo que me pide me dice que le abandono...” (PM. HV)

T: “...mi marido es testarudo cuando hay un problema más bien disimulo para no discutir, pero me dice que me escudo en la enfermedad de la diabetes...” (PM. HV)

T: “...siento que me esconden los problemas de la casa y dicen que es para no preocuparme, más bien parece que soy un cero a la izquierda...” (PM. EP)

Estos testimonios, dejan ver que no existe una buena comunicación a nivel de pareja, situación que trae disgustos y malos entendidos. Se observa que las personas con diabetes son más susceptibles y se sienten incomprendidas.

### **c. Diabetes y solidaridad conyugal**

En cualquier crisis que presente el sistema familiar, los miembros deben tener una disposición de ayuda y correspondencia, que contribuya a mejorar el ambiente y aliviar la carga física y psicológica que le significa el transitar con la enfermedad.



No existe suficiente solidaridad y soporte en sus parejas, lo que les desmotiva y decepciona, porque esperan una actitud responsable y de mayor involucramiento. La falta de expresión de estos sentimientos les lleva a la incomunicación y aislamiento con un detrimento en la relación.

En el proceso de la enfermedad y desde la conveniencia de mantenerse controlada es necesario un compromiso no solo del enfermo sino del cónyuge, porque la presencia de dificultades complica la enfermedad, esto asevera el siguiente testimonio:

T: *“...mi esposa dice hay tanta gente con diabetes que viven sin problema y comen de todo, que solamente exagero...”* (P.H.; E.P.)

T: *“...mi esposo, gasta en apuestas o tomando con los amigos pero no ve que necesito para la medicación...”* (P.M.; G.F.)

T: *“...mi esposo es indiferente ante mi problema de diabetes, dice que es mi responsabilidad...”* (PM. HV)

Existe un manifiesto desinterés en la mayoría de los casos investigados, debido a la inexperiencia y poco involucramiento en los tratamientos, como se puede apreciar no está solo en la administración de medicamentos sino en la comprensión que reciba de la pareja y de la familia, evitando caer en sobreprotección y le haga sentir bien como ser humano.

#### **d. Relación de la pareja (testimonio de la pareja)**

##### **- Convivencia conyugal antes y después de adquirir diabetes**

Los cónyuges aprenden que la vida en pareja si bien puede ser cómoda, no es fácil, debe ajustar sus sueños a una realidad que se basa en dos personas cuya autonomía psicológica es muy necesaria para que la vida en común sea provechosa y evite desafortunadas dependencias.

Como pareja han mantenido a lo largo del tiempo de convivencia una relación que fue profundizándose a través proyectos comunes como los hijos, los logros económicos, realizaciones laborales, etc., pero también de diferencias,

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



desacuerdos, conflictos que fueron superando. Compartían actividades sociales, las recreativas generalmente lo hacían en familia.

La actividad sexual les permitía satisfacer un conjunto de necesidades que van más allá de lo corporal o físico, las comunicativas, las afectivas y emocionales, que daban sentido de valía y enriquecían la identidad personal. El paso de los años va modificando esa relación debido a agentes internos y externos como deterioro en la salud, reestructuración familiar y nuevos proyectos de vida (jubilación).

T: *“...en los años de matrimonio compartimos pobreza, éxitos, una persona muy positiva, le gustaba asistir a compromisos sociales, frecuentar a las respectivas familias, pero ahora es irritable, llora con facilidad, asiste a compromisos sociales muy esporádicamente, en cuanto las relaciones conyugales hay un distanciamiento, creo que exagera...” (PH. EP.)*

Es observable como la diabetes afectó a las parejas exteriorizando conflictos, por el descontrol en las emociones, la marcada susceptibilidad, alteración en la rutina social y sexual.

#### **b. Relaciones de Afecto**

La vida afectiva de la pareja está en general, sujeta a cambios evolutivos, luego de las primeras emociones y efusiones de los inicios se va llegando a un estado de entendimiento espiritual más profundo. En esta fase, la atracción inicial debería ser sustituida por un vínculo más fuerte, surgido de los intereses emocionales comunes como son los hijos y de los recuerdos de todo lo vivido.

El afecto incluye la pasión, la intimidad y el compromiso, para potenciar y conseguir una relación de pareja plena es necesario contar con estos tres elementos. Esa imagen idealizada que tenían el uno del otro se va perdiendo y con ella la capacidad para enfrentar la realidad y el cambio que impone el paso del tiempo, en lo corporal por las enfermedades normales de la edad o las que se fue adquiriendo, las manías y costumbres que se desarrollaron o perdieron por la rutina de la convivencia. Con la costumbre han dejado de lado ciertos

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



detalles como mantener la admiración por la pareja y establecer una relación sexual satisfactoria.

No existe ese compañerismo que se base en la intimidad y la identidad que les permita al mismo tiempo poner límites a la pareja y proteger la autonomía de los dos. Demuestran tener un vínculo débil que dificulta expresar sus diferencias, conflictos e irritabilidad sin que el otro no se sienta ofendido o rechazado.

Parte del problema es la rutina en la relación que les hace ver las cosas de manera distorsionada, saca a flote únicamente los defectos de la pareja olvidando valorar sus fortalezas y virtudes.

T: *“...hay altercados por la terquedad de mi esposa quiere salir con lo que ella dice, hago planes para ir un fin de semana aunque sea a dar una vuelta, pero insiste en llamar a los hijos casados, se agota por el trajín y después se queja conmigo. También tenemos problemas en las relaciones íntimas, no creo que estemos muy viejos, pero dice que es normal por la menopausia y la diabetes,..”* (PH. GF.)

#### - **Diabetes y solidaridad**

Cuidarse y confortarse mutuamente, satisfaciendo las necesidades de cada uno y ofreciendo apoyo y ánimo constante en la adversidad, es la actitud que deben asumir en la cotidianidad.

Presentan dificultades de apego en la relación, es importante porque se trata no solo de compartir una sociedad de bienes también se intercambia conductas, se trata de estar juntos cuando hay bienestar, sufrimiento, dolor, enfermedad o tristeza. En cuanto a los bienes lo consideran el complemento ante las dificultades y amenazas de la vida y el soporte en el desarrollo personal y social. Esto se aprecia en el siguiente testimonio:

T: *“...quiere que compartamos el tipo de alimentación pero no soy el enfermo y no le impido que ella se cuide, otro problema es cuando va al médico, quiere que lo acompañe, pero mi trabajo es fuerte y llegó*



*cansado, pero si le falta para los medicamentos le compró. Le ayudo en ciertas tareas de la casa, cocinar nunca porque no se; con la vejez y las enfermedades nos vamos haciendo complicados...” (PH. EP)*

De los problemas de pareja observados es la falta de asertividad para expresar los deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, no demuestran esa habilidad para pedir, negarse, negociar, ser flexibles y alcanzar objetivos comunes.

### **5.1.3.2 Relación con los hijos**

#### **a. Diabetes e interacción parento-filial**

Cuando la pareja se une y decide tener hijos, asumen el rol de padres por el resto de sus vidas, porque así surjan conflictos o deterioro de la relación que les signifique separación temporal o permanente, con sus hijos, nunca perderán esta condición

Por otra parte los hijos al salir del sistema familiar para formar su propio hogar adquieren autonomía, pero mantienen vínculos emocionales y correspondencia de igualdad con sus padres. Cuando han dedicado buena parte de su vida a dar atención y protección a los hijos les resulta difícil despegarse de estas tareas porque no desarrollaron un sentido de independencia.

Para estos padres que quedan en “orfandad” de hijos, tienen la oportunidad de formar una nueva relación entre las generaciones abuelos-nietos, condición enriquecedora pues los niños devuelven a los adultos la razón de amar y despiertan sentimientos tiernos y de protección y estos entregan madurez, experiencia y afecto.

La diabetes en unos casos causó crisis y ocasionó problemas en la familia por la falta de conocimiento y destrezas psicológicas para enfrentar y trabajar en la superación; pero en otras tuvo un efecto contrario al asumir una actitud de comprensión y solidaridad mejorando así las relaciones padres-hijos.



Si bien la salida de los hijos fue un proceso de difícil aceptación que repercutió en la salud del paciente, esta misma emancipación al ser asimilada causó un efecto liberador porque permitió que inviertan más tiempo en actividades con las que pueden disfrutar plenamente.

T: *“...mi último hijo era un problema, trabajaba cuando quería, salía con amigos.., esa preocupación empeoraba la diabetes, pero se casó y se ha compuesto, ahora es respetuoso, me siento libre de preocupación, hago con tranquilidad actividades que me gustan ...”.* (PH. GF)

T: *“...como hemos quedado solamente mi marido y yo, tengo más tiempo para tejer, bordar, lo que me ayuda a olvidarme de las enfermedades y los problemas...”* (PM.EP)

Así pues, en ciertas circunstancias, padres e hijos desarrollan relaciones de distanciamiento y conflicto, como resultado de la diabetes, pero en otros se genera un ambiente de apoyo a los padres, quienes requieren de un ambiente de sosiego y descanso para sobrellevar su enfermedad, los hijos se sienten corresponsables en contribuir al bienestar del paciente. Las alianzas entre padres – hijos fortalece el ánimo y promueve una buena disposición frente a las enfermedades y a las relaciones familiares; se puede observar en la siguiente aseveración:

T: *“...mi marido tomaba bastante y era irresponsable, mi hija desde que tengo diabetes se ha vuelto mi apoyo y sostén, de ver mi sufrimiento le exigió al papá para que asista a los grupos de A.A...”*  
(PM. GF)

En otros casos, los hijos han asumido actitudes de desidia y abandono porque sus padres no tienen la misma disposición y energía que tenían antes de contraer la diabetes, considerándolos poco útiles para las demandas que ellos requieren, volviéndose estas relaciones frías y distantes, situación que empeora el entorno afectivo y por ende las manifestaciones establecidas de la enfermedad, lo confirma el siguiente testimonio:



T: *“...cuidaba a mis nietos que son aún pequeños, pero por los problemas de la diabetes le dije a mi hijo que hasta recuperarme no voy a atenderles, se molestó más que él mi nuera, ahora vienen de repente y ya no me dejan a los niños...”* (PM. EP)

Se observa pues la presencia de efectos diferenciados que la enfermedad provoca dentro del ámbito familiar.

### **5.1.3.3 Funcionalidad familiar**

Conocer el funcionamiento familiar es labor bastante compleja, para que una familia se le cualifique como funcional debe cumplir ciertas condiciones, entre otras el establecer acuerdos y demostrar disposición al momento de asumir cambios. *Los conflictos se los resuelve mediante conciertos, las decisiones se las discute y respeta, se promueve un entorno pleno de tranquilidad, se demuestran afectos y sentimientos, y las relaciones sexuales son satisfactorias.* [Sauceda J. Maldonado M. 2003,10]

El APGAR familiar es un instrumento que sirve para evidenciar la forma que una persona percibe el funcionamiento de su familia, permitiendo descubrir áreas conflictivas, que en el caso de familias con pacientes diabéticos cobra especial relevancia su estudio. A continuación se analizan algunos aspectos.

#### **a. Adaptación**

Se refiere a la capacidad para trabajar con los recursos de la familia y su entorno, en la solución de las dificultades, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado.

En el caso de esta investigación se ha podido conocer el fuerte impacto psicológico que significa al ser diagnosticados con diabetes, incluso en algunos casos, se presentaron incapacidad física temporal, despertando diversos sentimientos en los miembros de la familia como: indiferencia, apatía, protección o solidaridad. Unos pacientes aprecian el hecho de haber recibido



de sus hijos casados soporte emocional y económico. Reconocen que hubo acompañamiento en el proceso de aceptación de la enfermedad y de su recuperación, en tanto que los que no tuvieron apoyo albergan resentimiento. Como ya se manifestó anteriormente.

Como uno de los mecanismos de sustento están el recurrir a instancias de refuerzo a nivel de apoyo grupal. Consideraron la formación y pertenencia al grupo de diabéticos al que asisten no solamente para instruirse con respecto a la enfermedad sino compartir situaciones cotidianas del hogar. El contacto permanente ayudó a que se fortalezcan relaciones de amistad y fuerza colectiva para hacerle frente a la enfermedad, así pues todos creen un acierto el haber acudido al grupo, porque se informaron a cerca de la enfermedad e intercambiaron experiencias, y se dieron cuenta de situaciones comunes, recurrentes, similares en todos ellos. El grupo colectivo es una fortaleza para mejorar la calidad de vida de los pacientes, esto se observa en el siguiente testimonio:

T: *“...me dio coma diabético, y recién me entere de la enfermedad sufrí mucho eso afectó también a mi hipertensión, mi hija casada tuvo que hacerse cargo de la casa y mi esposo trabajaba medio tiempo para acompañarme a rehabilitación...”* (PM. EP)

T: *“...cuando me diagnosticaron la enfermedad estaba con sobrepeso y tuve que seguir un régimen alimenticio estricto, para mi esposa fue más trabajoso tenía que levantarse más temprano para preparar una comida para mí y otra para mis hijos...”* (PH. GF)

T: *“...el saber que tenía diabetes se me vino el mundo encima, lo que me dolió fue la apatía de mi marido, no hizo nada por ayudarme a hacer más llevadera la enfermedad, fue una hermana que me contactó con el grupo de diabéticos y con un centro de terapia física...”* (PM. HV)

T: *“... mi hijo se enteró que había este grupo de diabéticos, me insistió para que asista y ahora veo es una gran ayuda para nosotros,*





*conocí gente con mi mismo problema y compartimos muchas cosas de la enfermedad,...*” (PM. GF)

Estos testimonios son fiel reflejo de los cambios que se operan en el seno familiar, los trastornos suscitados y los esfuerzos por adaptarse a las nuevas circunstancias implican enormes cambios actitudinales. La familia protagoniza un papel importante en la búsqueda de alternativas en la recuperación del miembro enfermo.

### **b. Participación**

Se refiere a la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y a la división del trabajo o tareas; la manera de compartir los problemas y cómo se comunican para tratar de resolverlo.

Los pacientes refieren que reciben mayor reciprocidad de sus hijos casados que de sus cónyuges, cuando se trata discutir o tomar decisiones no solamente respecto al tratamiento, control y lugar que deben recibir atención médica por la enfermedad, sino a otros aspectos de interés familiar, o en otros casos dejan al paciente a que lo asuma, así se aprecia en el presente testimonio:

T: *“...en la última recaída por la diabetes, mis hijos casados muy preocupados se reunieron en la casa y me pidieron que considere acogerme a la jubilación...”* (PH. EP)

T: *“...resulta difícil conversar con mi esposo cualquier problema sea de mis hijos o de mi salud, porque se molesta o es indiferente...”*. (PM. GF)

La presencia de la enfermedad altera el ambiente normal y a la corresponsabilidad frente a la toma de decisiones lo que implica mayor preocupación para el enfermo, lo cual no contribuye en su recuperación óptima.

### **c. Crecimiento**



Evalúa la madurez física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo. Se relaciona con la capacidad de pasar las distintas etapas del ciclo vital en forma consciente, permitiendo la individuación y autonomía de los miembros de la familia.

Todavía hay situaciones críticas en la familia, como desencuentros, incompreensión, todo esto como resultado de la nueva etapa de vida, pues no saben como invertir el tiempo que antes dedicaban a los hijos, están en la búsqueda de reencontrarse y dar un nuevo estilo a la relación.

Las actitudes de indolencia y desidia del sistema familiar, provocan en los pacientes angustia, sentimientos de fracaso, tensión, sin duda estas emociones estimulan la presencia de ansiedad, situación peligrosa para la persona que sufre de diabetes.

T: *“...mi mujer cuenta nuestros problemas a mis hijos casados, no comprende que estamos los dos para solucionarlo, hasta con mi diabetes les preocupa...”* (PH. GF)

T: *“...en mi tiempo libre quiero seguir cursos de bordado y tejido pero mi esposo me desanima porque dice que voy a malgastar mi tiempo y que además me afecta a la vista...”* (PM. HV)

Las circunstancias socio-afectivas familiares en el caso de los pacientes diabéticos se ha visto afectada, pues en la mayoría de estos no hay una posibilidad de superación; al contrario se producen retrocesos que no favorece a los pacientes.

#### **d. Afectividad**

Este parámetro *valora las relaciones de cuidado y cariño que fluye entre los integrantes del grupo familiar y la expresión de sus sentimientos como afecto, pena o ira.* [Sauceda J, Maldonado M. 2003, 8]

Es importante que la familia tenga un espacio que le permita compartir e intercambiar experiencias cotidianas, que conozcan los éxitos y fracasos de



sus miembros, que exista libertad para manifestar sentimientos y emociones de alegría, amor, protección, de igual manera demostrar ira e inconformidad.

En los pacientes investigados se observa una clara disfunción en la relación familiar, transfieren al hogar un modelo observado en la familia de origen al momento de expresar los sentimientos. Ellos no recuerdan de sus padres haber recibido gestos o palabras de ternura, aún más como pareja observaron en ellos alguna actitud de cariño. Tiene muy poco significado el demostrar o reafirmar sentimientos de afecto, así expresa el siguiente testimonio:

T: *“... mi esposo no ha sido cariñoso ni con los hijos ni conmigo, dice que así lo trataron sus padres, con el tiempo que llevamos de casados me he acostumbrado a su forma de ser, a pesar de todo llevamos tantos años juntos...”* (ríe, demostrando resignación) (PM. HV)

Para ellos es suficiente el tiempo que los une, lo cual ha “fortalecido” la convivencia conyugal.

Las enfermedades y los factores socio-económicos, son causa de desequilibrios en la familia y posteriormente un visible merma de afectos se evidencia en la afirmación de una paciente:

T: *“...tengo malos días en ocasiones por la diabetes y otras por la situación económica, mi esposa dice que no me aguanta, pero quisiera tener más bien atención, cariño y no que se ponga brava, las mujeres cuando ya se envejece olvidan esos detalles, pero creo que somos iguales .. .”* (ríe por el comentario). (PH. GF)

Al saber que la diabetes está vinculada con el estado emocional esta puede exacerbar la enfermedad o disminuirla, dependiendo de cómo se manifiestan las relaciones afectivas en el hogar.

Existe una transferencia de conducta por experiencias coexistidas en la familia de origen, que les impide expresar los sentimientos con libertad, interpretando como desinterés, abandono e indolencia. Esta actitud es recíproca en la familia, ni dan ni reciben afecto.

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



### e. Resolución

Hace referencia al grado de satisfacción que manifiesta la familia por la inversión del tiempo, recursos materiales y especiales que aportan los miembros de la familia.

En la actualidad las personas por las múltiples actividades que ejecutan han abandonando prácticas que hasta hace poco tiempo se las consideraba importantes, como eran las reuniones familiares en la que se compartía y daba cuenta de los hechos sucedidos durante el día, se contaban los “secretos” de familia, se relataban los casos más relevantes que ocurrieron a las generaciones pasadas.

De acuerdo a lo indicado, la enfermedad ha venido a trastornar este tipo de actividades de la cotidianidad familiar, pues se han reducido a un ámbito más pequeño de la familia, los efectos no son únicamente físicos, trasciende a aspectos sociales familiares.

La diabetes es una de las limitaciones que impide a la familia disfrutar de espacios de recreación y relacionarse con el medio social, los períodos de recaídas y el tiempo que les toma para la recuperación sumerge a los pacientes en estados de estrés, esperan que la familia se interese en conocer más acerca de la enfermedad, los testimonios siguientes reflejan muy bien lo manifestado:

T: *“...cuando estoy bien de la diabetes hago caminatas, me gustaría que me acompañe mi marido pero no quiere, dice que a él le gusta más ver deportes...”* (PM. HV)

T: *“...cuando tengo problemas con la diabetes pierdo el ánimo ya no salgo de la casa salvo para irme al trabajo, mi esposa parece que huyera de mí, va a visitar a los hijos o a sus hermanas, me siento solo y me deprimó...”* (PH. GF)



T: "...trabajamos mi esposo y yo, luego de hacer las tareas de la casa quiero conversar con él pero está en la televisión o durmiendo, desde que tengo diabetes siento tristeza, angustia..." (PM. GF)

Estos testimonios hablan por sí solos de la cruda realidad que viven los pacientes diabéticos con relación al aspecto que se está tratando, pues por una parte no existe un proyecto de recreación de tiempos compartidos. Se observa que cada quien hace su vida sin existir una auténtica integración de la familia. Como se aprecia la diabetes aleja y rompe procesos de diálogo y enriquecimiento mutuo en la familia.

## **5.2 Impactos de la diabetes**

Luego del impacto psicológico producido por la confirmación del diagnóstico, los pacientes empiezan a manifestar actitudes de aceptación y de autocuidado situación nada fácil que requiere de un largo tiempo para procesar la realidad y la nueva conducta por asumir. A la gran mayoría les resulta difícil admitir la enfermedad, más aún los cambios que deben adoptar.

### **Datos referenciales generales**

La edad de los pacientes al contraer la diabetes ocurrió entre los cuarenta y ocho y cincuenta y seis años de edad y el tiempo promedio que adolecen es de diez años aproximadamente, los antecedentes familiares vienen tanto por línea materna como paterna. Se enteraron que habían adquirido la enfermedad porque presentaban síntomas relacionados con ésta, muy pocos manifestaron no haber tenido síntomas vinculantes.

En todos los casos fue el médico el que les comunicó que tenían diabetes, causándoles una fuerte impresión que les deprimió, debido al conocimiento superficial que tenían del tema. Actualmente están concientes de que es una



enfermedad crónica incurable que requiere de cuidado constante y conocimiento para evitar complicaciones que puedan derivar en discapacidad.

### 5.2.1 Impacto emocional

El diagnóstico inicial de diabetes siempre causará un impacto emocional en los pacientes y las reacciones que presenten también serán diversas, influirá desde la manera como sea dada la noticia, y si se despejaron o no todas las dudas y los mitos de la enfermedad.

Debido a que el grado de autocuidado es sumamente alto, lo cual involucra a la familia en su conjunto e implica también cambios en el ámbito laboral. Esta situación con el paso del tiempo afecta de tal manera que el diabético empieza a procesar cambios en sus emociones, así lo revelan con sus testimonios:

T: *“...tengo diabetes desde lo cincuenta y dos años de edad, de eso ya han pasado once años, con antecedentes familiares por parte de mi papá, el médico de la Institución en la que trabajo fue el que me diagnóstico, no estuve preparado para recibir esta noticia, me volví muy susceptible ...”* (PH. EP)

T: *“...hace diez años me descubrió el doctor la diabetes, cuando estaba de cuarenta y nueve años de edad, no me imaginé siquiera que tenía porque nunca tuve síntoma, una hermana de mi mamá murió con esa enfermedad, sabía cómo era y la noticia me causó mucha tristeza...”* (PM. GF)

Los pacientes admiten que en el inicio de la enfermedad no tenían conciencia cabal de sus efectos hasta que empezaron a manifestarse y a pesar de todos los problemas les cuesta mantener un equilibrio entre el control y hábitos saludables. Hay periodos en los que se pasa de un exceso en el autocuidado a episodios de desmotivación.

Los controles se los realizan regularmente en centros médicos públicos como: Ministerio de Salud, IESS y Municipio de Cuenca. Reconocen que aún hoy les resulta difícil adoptar un nuevo estilo de vida, lo que ha traído complicaciones

#### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



de la enfermedad, como dislipidemias, hipertensión arterial, afecciones cardiovasculares, retinopatía diabética, disfunción eréctil, alterando la calidad de vida.

T: *“...los controles de la diabetes me realizo en el Centro Médico Municipal, pero quizá no tengo el cuidado suficiente en la alimentación, lo que me ha provocado disminución de la vista y descompensación en la diabetes...”* (PH. EP)

T: *“...desde que tengo diabetes me hago los chequeos en el IESS y en el Centro Médico del Municipio, debo reconocer que no hago ejercicio, no hago una dieta estricta en la comida y por eso tengo hipertensión arterial...”* (PM. HV)

Como se aprecia en estos testimonios los pacientes se ven obligados a asumir la responsabilidad médica y de autocuidado que la enfermedad requiere. Este proceso de modificaciones en hábitos alimenticios, en relacionamiento familiar, laboral y social, significa bastante sacrificio para las personas, por lo que la mayoría de las veces sufren retrocesos en la salud física y mental como bien lo manifiestan.

### **5.2.2 Impacto en el ámbito laboral**

La relación laboral es un componente fundamental de cualquier sociedad porque determina la aptitud de interacción de empleadores y trabajadores, estableciendo sus características propias.

Se conoce que el mundo del trabajo puede ser la fuente inagotable de realización y satisfacción personal, que permite cumplir parte del proyecto existencial del individuo.

La diabetes está interfiriendo la actividad laboral de las personas. El tener un acercamiento al problema permitió identificar las dificultades que afrontan los pacientes en el contexto laboral y se resume de esta manera:



La imposición de jornadas ininterrumpidas de trabajo son un obstáculo para el paciente mantenga una alimentación adecuada, además revelan que los alimentos son preparados para todo el personal sin considerar las condiciones de salud de los empleados que requieren de una dieta sana y equilibrada.

Los pacientes que realizan actividades manuales que demanda esfuerzo físico, se les dificulta el ejecutarlas con la misma destreza y eficiencia, temiendo ser reasignados o reemplazados en las funciones.

Los permisos periódicos para control y asistencia médica que solicitan los pacientes refieren que muchas veces son postpuestas porque los empleadores les exigen el cumplimiento inmediato de las obras.

Los problemas relacionados con la salud de los pacientes se deben en su mayoría por complicaciones de la diabetes, debiendo ser hospitalizados o mantener reposo domiciliario. Este ausentismo laboral ocasiona problemas con los empleadores, según lo revelan sus propios testimonios.

*T: "...laboro en jornada única y el menú que nos sirven incluye todo tipo de alimentos, hay ocasiones que nos dan muchas frituras y harinas, subiéndome los triglicéridos y la glucosa..." (PM. EP)*

*T: "...he tenido hospitalizaciones y reposos domiciliarios por problemas de diabetes o de los riñones..." (PH. EP)*

*T: "...cuando me sube el azúcar ya no puedo realizar horas extras y el jefe se molesta y me dice que debería considerar un cambio de trabajo..." (PH. GF)*

*T: "...muchas veces pierdo la cita médica para los controles, porque en la empresa nos obligan a terminar las tareas..." (PM. HV)*

La enfermedad se vuelve un riesgo para el cumplimiento eficiente de las actividades cuando por su efecto, se ve disminuida la capacidad del individuo para ejecutarla, volviéndolo vulnerable a sufrir accidentes de trabajo, ausentismos, retrasos, etc.





Riesgo de trabajo “es la combinación de la probabilidad y la consecuencia de un evento no deseado en el trabajo” (Corporación, estudio y publicaciones. 2006.72, 2). Toda actividad laboral está expuesta a riesgo, pero pueden darse ciertas condiciones que incrementen la posibilidad de ocurrencia como pueden ser las enfermedades degenerativas, entre las que se cuenta la diabetes, por el deterioro de sus condiciones físicas como: deficiencia visual, auditiva, motriz, entre otras.

La carencia visual es una de las mayores limitaciones presentes en los pacientes, en especial para quienes realizan actividades que requieren precisión, problemas de motricidad para los que operan maquinaria, todas estas alteraciones pueden ocasionar accidentes.

*T: “...trabajo en maquinaria y hay días en que se pone la visión un poco borrosa, pero con la experiencia podría manipular hasta con los ojos cerrados...” (PH. GF)*

*T: “...ordeno los materiales de construcción en estantes, cuando es de colocar en la parte alta se me dificulta porque a veces tengo mareos de cabeza...” (PH. EP)*

*T: “...trabajo en un comedor, hay que alzar recipientes grandes que están calientes y hay momentos en que pierdo las fuerzas, librándome de quemarme...” (PM. HV)*

A pesar de ser esta una realidad existente no aceptan que la disminución en sus capacidades puede estar afectando sus actividades de trabajo, confían en que la experiencia y rutina de muchos años los mantendrá a salvo de cualquier percance.

#### **a. Aspecto laboral (testimonio del Jefe inmediato)**

La persona diabética no puede ser discriminada porque en principio podría desempeñar cualquier tipo de trabajo, con un riguroso control de la diabetes y de las situaciones de riesgo, analizando causas o factores del trabajo a



realizar, debiendo imperar constantemente el buen criterio y siempre individualizando.

Los pacientes con actividad laboral hacen mayor hincapié a la interferencia de las condiciones laborales en su salud que a la interferencia de la diabetes en su desempeño laboral, y no refieren problemas con la disciplina.

Es importante también conocer como piensan los jefes o dueños de empresas. Mediante una entrevista se obtuvo algunos comentarios importantes que se resumen a continuación:

El empleador requiere que el personal contratado cumpla con el perfil acorde a la actividad laboral, como profesionalidad, capacidad, responsabilidad y experiencia. Pero refiere que aún cumpliendo con estos requisitos el empleado al adquirir una enfermedad crónica esta interfiere en el desempeño, lo que confirma al encomendarles actividades que necesitan mayor carga horaria sin que pueda ser acatada por el trabajador diabético.

Desde la percepción del empleador, el ausentismo no es un problema crítico, el conflicto surge cuando el empleado necesita permiso para recibir atención médica, porque deben suspender las tareas, las mismas que quedan inconclusas.

El rendimiento laboral también sufre menoscabo cuando hay complicaciones de salud, decae su estado anímico, demandan mayor tiempo para cumplirlas. Manifiestan que los empleados no quieren admitir que están teniendo problemas por su enfermedad y creen que se trata más bien de algo disecionado y personal, la intención es darles seguridad y un mejor ambiente laboral.

*T: "... considero que no es alto el índice por ausentismo laboral sino la implicación al dejar las actividades a medias, influye en su rendimiento laboral los problemas de salud, cuando se les llama la atención por causa de la enfermedad reaccionan negativamente manifestando que se les esta hostigando o se trata de una persecución, pero en realidad es por su seguridad. ..."* (EP. JI)

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



En la práctica no es fácil para los empleadores que ante todo buscan alta rentabilidad, el entender y apoyar el trabajo de personas enfermas con diabetes, pues de hecho el abandono temporal o ausentismo, disminuye el rendimiento, estos son hechos reales que impiden una buena productividad, en una sociedad capitalista, de consumo.

Para el enfermo diabético el temor a ser despedido se convierte en una gran preocupación más aún si requiere de recursos económicos para su tratamiento.

### **b. Riesgos del trabajo**

Las personas que desempeñan cualquier actividad laboral, se ven avocados a peligros, acrecentándose esta contingencia para los que tienen enfermedades crónicas que puede afectar su estado físico, incapacitándolos temporal o definitivamente.

El empleador es el responsable de proporcionarles un ambiente sano, amigable y libre de riesgos, en tanto que el empleado está obligado a cumplir con las normas de seguridad para evitarlos, pero la rutina y el exceso de confianza los hace minimizar estos peligros.

T: *“cuando observo demasiado cansancio pido que suspendan las actividades por seguridad, pero son renuentes a acatar porque quieren terminar más pronto la tarea...”* (EP. JI)

Como ya se manifestó anteriormente la diabetes causa serias afecciones, esto incrementa el riesgo de sufrir accidentes laborales, y aún más si las actividades que desempeña conllevan peligro.

Un empleador entrevistado manifiesta que Instituciones relacionadas con la actividad laboral, deben realizar evaluaciones y supervisiones periódicas de la salud del personal, que califique su capacidad de trabajo. Es recomendable que sean los empleados quienes responsablemente soliciten cambio de actividad o retiro por jubilación para no lamentar consecuencias mayores, así lo indica su testimonio:



T: *“...Es deber de la Empresa proporcionar al trabajador un ambiente laboral saludable, pero las condiciones del empleado no son las óptimas, por enfermedades como la diabetes que disminuye la vista, el oído, problemas en miembros superiores e inferiores, aumentando o disminuyendo el riesgo por la actividad que realizan. Entidades como el IESS y Ministerio Trabajo, deben intervenir y controlar al personal tomando decisiones que libere a la Entidad de cualquier riesgo. ...”* (Jl. EP)

Se aprecia un cierto deseo de liberarse de responsabilidades frente a lo que puede ocurrir, al señalar las instituciones que deben participar en la toma de decisiones. En el fondo hay incomprensión frente al rendimiento disminuido para el trabajo así como los problemas que ocasiona la enfermedad en la vida cotidiana de la empresa.

### **5.2.3 Impacto económico**

Por ser la diabetes una enfermedad irreversible, representa un costo económico permanente, distribuido en alimentación, control médico, fármacos, etc. Para los pacientes que en su mayoría tienen acceso a los servicios del IESS, se aliviana esta carga, pero refieren que por situaciones laborales ocasionalmente no pueden recibir atención y medicación oportuna debiendo recurrir a servicios particulares. Reconocen que si no contaran con el beneficio que les ofrece el IESS, sus condiciones económicas no les permitirían costearse el tratamiento.

Además de los ítems ya enunciados, deben realizar erogaciones en implementos de protección que son recomendados en el tratamiento de la diabetes como: calzado adecuado, plantillas especiales, lentes, medicación, tratamiento fisiátrico, etc.,

T: *“...cuando no hay medicación en el IESS tengo que comprar por mi cuenta...”* (PM. HV)

T: *“...yo gasto en calzado que es especial, ciertos medicamentos, en lentes...”* (PH. EP)

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



T: *“...el trabajo no me permite que reciba rehabilitación en el IESS, voy a un centro particular...”* (PH. GF)

La condición económica de los pacientes investigados es relativamente limitada, los gastos que implican la enfermedad de la diabetes, lo efectúan con muchas restricciones.

#### **a. Ingreso económico y satisfacción de necesidades básicas**

Todo ser humano anhela tener una vida digna y con calidad, disponiendo de una excelente salud y un ingreso económico que pueda satisfacer todas las necesidades personales y familiares.

Al respecto los pacientes confirman lo expresado, que requieren de un buen ingreso económico para invertir en los problemas de salud que aflige a la familia, porque existe más de un miembro que adolece de otras enfermedades, y el ingreso del que disponen no es suficiente, debiendo recurrir a recibir atención en entidades estatales de salud.

T: *“... el sueldo que gano no alcanza para comprar las medicinas que necesitamos mi esposa y yo, ella tiene que atenderse en el Centro de Salud...”* (PH. EP)

T: *“...mi esposo se atiende su problema de hipertensión en el centro de salud o en el hospital, porque no hay dinero para llevarlo a consulta particular...”* (PM. HV)

T: *“... la situación económica es difícil, mi esposa también es enferma y hay ocasiones en que no hay lo suficiente para los gastos de la casa, mucho menos para los medicamentos...”* (PH. GF)

Hay casos en los que la diabetes ha reducido el presupuesto familiar, deteriorando la calidad de vida de sus miembros, debido a problemas laborales (disminución de horas suplementarias o por repetidos reposos médicos).



Como se aprecia, el aspecto económico y la diabetes son circunstancias interdependientes que profundizan el problema, porque la enfermedad requiere de recursos, razón por la que el enfermo ve reducidos sus ingresos.

#### **5.2.4 Impacto social**

Cada ser humano es un universo de vida y de evolución real y potencial, sin distinción de raza, clase u origen, y únicamente con el desarrollo, armónico, dinámico, liberador, puede descubrirse a sí mismo. Desde que nace se inician sus primeras experiencias en el medio social, y en cada una de sus etapas de vida irá construyendo su entorno eligiendo y siendo elegido por grupos sociales.

Cuando las personas no obtienen de su medio físico la satisfacción de las necesidades en el orden material, las consecuencias se ven reflejadas en la salud mental y de hecho estas necesidades insatisfechas operaran también en el orden social.

##### **a. Diabetes y prácticas sociales**

Los pacientes miran a la enfermedad como una amenaza, su reacción inmediata ha sido de aislamiento, ya que de pronto se sienten diferentes y sufridos al no poder tener una vida **normal** como los demás. Es en el ámbito social en donde más se revela una renuencia por aceptar la enfermedad, creen estar etiquetados por una elección que jamás la hicieron y que alteraron las relaciones con su entorno social.

*T: "...Aprovecho los fines de semana que la familia sale de paseo para quedarme solo, no tengo interés en salir, el no poder comer o caminar como hacía antes, me quita ese deseo, más bien dedico ese tiempo a leer libros religiosos..." (PH. EP)*

En resumen la cronicidad y las limitaciones de la enfermedad han generado cambios en la conducta del paciente, que se reflejan en las relaciones con el contexto social. La depresión es una de las causas, empiezan por sentir abandono, soledad, entran en una crisis de desvalimiento, alejándose de las



actividades sociales, adoptan nuevas rutinas, son menos participativos en actividades recreativas, se refugian más en la familia y en la religión, situación que es mayormente evidente en los adultos mayores, como indica este testimonio:

T: *“...más que actividades sociales me he acercado más a Dios...”*  
(PM. HV)

T: *“...por la diabetes me he relacionado con personas que sufren de este mismo problema, es bueno porque pueden entender mejor lo que me pasa, ahora paso más tiempo con la familia ...”* (PH. GF)

En los grupos de auto ayuda, ellos encuentran comprensión, afecto, y espacio para intercambiar sus experiencias respecto a los aspectos de la enfermedad, algo que no es fácil encontrar en otras clases de grupos cuyos intereses son diferentes.

#### **b. Las relaciones sociales antes y después de adquirir la diabetes.**

Todos surgimos en una sociedad humana organizada, y en el proceso de crecimiento dentro de este ambiente aprendemos a adoptar los usos y costumbres de otros individuos. El contenido de este proceso varía considerablemente según las personas y las circunstancias con las que se establece contacto. La interacción social produce efectos sobre la percepción, la motivación y, especialmente sobre el aprendizaje y la adaptación del individuo.

Cuando la sociedad respeta al individuo y le favorece, se siente satisfecho con su entorno y asume todo lo que esto permite, como sus normas y costumbres, esto le obliga a ser el promotor del bien social, responsabilizándose y procurando armonía, el individuo puede educarse, ser impulsado y motivado a desarrollar un camino alternativo de salud y desarrollo.

Mientras el estado de salud de los pacientes era óptimo había participación y dinamismo en las actividades, interactuando en diferentes niveles del contexto familiar, comunitario, barrial y laboral. Demostraron tener aptitudes de



liderazgo al movilizar grupos unidos por un interés común, eran activos deportistas, organizadores y coordinadores de eventos recreativos.

Los cambios empezaron a manifestarse al diagnosticarles la enfermedad, apreciándose dos etapas:

Una primera etapa considerada de inicio de la diabetes, se caracteriza por ser muy crítica. Los pacientes han debido utilizar mecanismos de defensa con el afán de no aceptar o minimizar su gravedad.

Una segunda etapa constituye la concienciación de la enfermedad, se ha procesado la realidad y ha disminuido en parte los niveles de estrés y ansiedad aunque no han desaparecido, manteniéndose latentes problemas de alteración en la personalidad, conducta y comportamiento, traducidos en sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar sus problemas.

Los pacientes pasaron de una **actitud** extrovertida, alegre, comunicativa a manifestar hostilidad, agresividad o ansiedad, algunos inclusive estados más complicados. El abandono y aislamiento de costumbres establecidas, deterioró las relaciones con el medio social, así se aprecia en sus testimonios:

T: *“...era muy activo, organizaba programas sociales, culturales y deportivos en mi barrio, incluso fui dirigente, pero ahora me he alejado...”* (PH. GF)

T: *“...me gustaban las fiestas disfrutaba mucho cuando iba, hoy asisto pero no me quedó hasta muy tarde, y no es tampoco frecuente...”* (PH. EP)

T: *“...casi todos los fines de semana salíamos a pasear, pero ahora nos quedamos en casa, más bien invitó a mis hijos casados a tomar un café...”* (PM. HV)

La disminución de la motivación, el rompimiento de tomar parte en su entorno social, la presencia de baja autoestima, son sentimientos que afloran a causa de la enfermedad.





## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y

### RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La enfermedad de la diabetes es uno de los más graves problemas a nivel mundial dentro de las enfermedades crónicas o degenerativas que dejan a su paso graves secuelas, segando más vidas en los últimos años que todas las guerras juntas.

El objetivo de este estudio ha sido aportar con un conocimiento integral la problemática de la diabetes en los ámbitos familiar, laboral y social. A continuación se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones sobre el tema.

#### 6.1 CONCLUSIONES:

1. El enfoque cualitativo seleccionado para la ejecución de este análisis permitió cumplir con las preguntas que fueron planteadas en relación a los objetivos de la investigación, determinando los efectos que provoca la diabetes en los diferentes estadios de la vida.

2. Realizar todos los actos de la vida con destreza, con habilidad, y estar plenamente satisfecho, es propio de una persona con salud. El tiempo que dedica a la familia, al trabajo, a la recreación y al descanso alterna la vida de una manera equilibrada y provechosa. Es suficiente que esté presente cualquier elemento que perturbe ese equilibrio para que se produzca un estado de inestabilidad e insatisfacción personal, familiar y social.

3. En las etapas de la niñez y adolescencia se aprecia un elemento común en las familias de origen, una precaria situación económica que limita la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestuario, educación y salud. La alimentación se sustentó en un alto contenido de carbohidratos,

#### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



escasas proteínas y vitaminas; debido a factores relacionados con la situación socio-económica, la educación y el nivel cultural.

4. En las relaciones afectivas hay una mayor visibilización de la madre, debido a la proximidad que mantuvo siempre con el subsistema filial. Había una sobreprotección del subsistema parental que restringía la independencia, ejerciendo un control exagerado de toda actividad social y recreativa que no esté bajo su control y supervisión, coartando su libertad.

Los problemas de salud estuvieron relacionados con enfermedades que son comunes en la niñez. La madre siempre asumió un papel protagónico al ser la persona responsable de custodiar la salud de la familia.

5. El acoplamiento de la pareja a la enfermedad de la diabetes les ha llevado a efectuar cambios en el estilo de vida, creando una fuente de estrés que implica alteraciones psicológicas y sexuales, propiciando distanciamiento en la relación.

6. Según la percepción de las parejas de los pacientes la diabetes está actuando como elemento desestabilizador de la convivencia conyugal, se aprecia desapego emocional, cambio en la conducta, indiferencia ante la satisfacción de necesidades afectivas, sexuales y en las relaciones con el medio social.

7. La alteración de la salud de los pacientes debido a la diabetes, ha provocado diversas reacciones en la relación parento-filial, por un lado se ha fortalecido en los hijos el papel de dadores de afecto y cuidado, y por otro una manifiesta actitud de indiferencia y abandono.

8. La diabetes ha efectuado cambios en el funcionamiento familiar, debido a la ruptura de la rutina normal, a los conflictos derivados por la enfermedad y al incremento de niveles de estrés, todos estos componentes afectan la dinámica familiar. Como consecuencia el sistema familiar ha perdido su funcionalidad.

9. El diagnóstico de padecer una enfermedad crónica como la diabetes, es una experiencia traumática, que con el tiempo causa graves complicaciones que incapacita y limita la vida de los/las pacientes.

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



10. La actividad laboral es un factor que incide en la diabetes cuando el paciente se ve forzado a consumir una dieta alimenticia inadecuada o aplazar el control médico, porque las políticas internas del empleador están por encima de las necesidades de salud de sus trabajadores.

11. El empleador considera que la diabetes es una seria dificultad que restringe la capacidad productiva del trabajador y los hace más susceptible a riesgos laborales,

12. La enfermedad se convierte en una carga económica porque la disminución de las horas de trabajo y el ausentismo laboral, reduce el ingreso económico que resulta insuficiente para atender los gastos de la familia y las necesidades médicas del paciente.

13. La interacción social produce efectos sobre la percepción, la motivación y especialmente sobre el aprendizaje y la adaptación de la persona. La diabetes limita estas acciones y vuelca el interés de los pacientes hacia una mayor espiritualidad con apego a la religión y a la familia.

14. Los efectos también se aprecian en el grado de participación en actos recreativos, porque el paciente con diabetes está convencido de que es un ser **desvalido** y con pocas oportunidades de hacer una vida normal, situación más frecuente de observar en personas con una trayectoria larga de la enfermedad.



## 6.2 RECOMENDACIONES

### a. Satisfacción de necesidades básicas

- Es prioritario educar a la población que acude al Centro Médico Municipal sobre la importancia de una adecuada nutrición para mantenerse saludables.
- La alimentación es la base fundamental para la salud del ser humano, por lo tanto se debe instruir a los pacientes y sus familias sobre el valor nutricional de los alimentos y la necesidad de tener una dieta sana y equilibrada, así como el ejercicio regular, para evitar que los pacientes sufran complicaciones como efecto de la diabetes.

### b. Satisfacción de necesidades afectivas

- Proponer que en los programas de salud y nutrición que mantiene el Centro Médico Municipal incluya también temas orientados a la familia como:
- La importancia del acompañamiento de la familia en el proceso de recuperación del paciente.
- Cómo apoyar al paciente a superar estados de ansiedad y estrés.
- La influencia que ejerce la familia en el comportamiento del paciente
- Abordar temas como: violencia familiar y machismo, problemas vinculados con las dificultades que presentan en el funcionamiento familiar.
- Socializar temas relacionados con la etapa de su ciclo vital, que ayude a superar los problemas y a enfocarse en las tareas que deben cumplir, propiciando una mejor relación intergeneracional.

### c. Salud



- Es preciso que la Administración Municipal a través de sus centros de atención médica, como: Hospital de la Mujer y el Niño, Centro de Salud Municipal y Red Farmasol, desplieguen acciones conducentes a implantar una cultura de prevención que ayude en el control de enfermedades y a mejorar la calidad de vida de la población.

**d. Apego familiar ante la enfermedad**

- Al ser la diabetes una enfermedad que afecta el estado somático de la persona disminuyendo su potencialidad física, se debe sensibilizar a la familia para que las tareas del hogar y toda actividad relacionada con la diabetes sea responsabilidad de todos los miembros, para el bienestar de los pacientes.

**e. Relación con la pareja**

- Debido a los problemas surgidos en la relación por el escaso conocimiento que tiene la pareja acerca de la diabetes, el Centro Médico Municipal debe integrarlo en los procesos educativos y los casos que presenten mayor conflicto referirlos a terapia familiar.

**f. Relación con los hijos**

- El paciente para que pueda sobrellevar la enfermedad demanda del apoyo que puedan ofrecerle sus hijos tanto en lo afectivo como económico, por lo que se les deberá motivar a que participen en las reuniones orientadas a la familia.

**g. Funcionalidad familiar**

- Ante la presencia de disfuncionalidad en las familias de los pacientes y la repercusión que ésta ocasiona a su salud, el centro Médico Municipal a través de Trabajo Social, deberá mantener vínculos interinstitucionales para que sean derivados al profesional en Terapia Familiar.



## **Acciones institucionales frente a la diabetes**

- La cronicidad, las exigencias terapéuticas, y el riesgo o presencia de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, sobrepasan del aspecto clínico a lo familiar y social del paciente, razones suficientes para convocar a instituciones afines a la salud a que se integren en programas de difusión y educación dirigido a una población de niños, jóvenes y adultos con temas dirigidos a hábitos alimenticios y estilos de vida saludables.

### **h. Aspecto Laboral**

- En el caso concreto de la actividad laboral la prevalencia de la diabetes se encuentra en la población adulta, representando para este grupo no solo el sustento o desarrollo económico personal y familiar, sino que constituye una importante vía de realización en la esfera individual y social. Es importante capacitarles en normativas de derecho laboral y protección de la salud, para que exijan a los empleadores un trato digno y condiciones de trabajo seguro y saludable, que les libere de riesgos y disminuya la accidentalidad.

### **i. Aspecto económico**

- Las enfermedades crónicas con el tiempo inciden en el presupuesto económico de la familia, es imperioso entonces contar con alternativas que alivien esta carga, como gestionar para que la red Farmasol y el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, preste los mismos beneficios que ofrece el Centro Médico Municipal a los pacientes diabéticos, en cuanto a servicios médicos de farmacia y laboratorio.

### **j. Aspecto social**

- Los cambios que experimentan los pacientes en la interacción con el medio social son evidentes, para evitar que esto provoque situaciones más críticas como estrés o depresión es necesario que realicen cambios en su rutina, integrándoles en actividades programadas por el I.



Municipio de Cuenca para el adulto mayor como: caminatas, ejercicios al aire libre, programas culturales, etc.

## **DISCUSION**

Del análisis efectuado se concluye la importancia de conocer la evolución del individuo a través de las etapas del ciclo vital, partiendo desde la infancia hasta la etapa de adulto mayor, la satisfacción de necesidades básicas y afectivas y la relación con el desarrollo físico y crecimiento emocional, observando los efectos causados por la diabetes y la influencia en los ámbitos bio-psico-afectivos, y sociales.

Las relaciones con el entorno familiar o social, desde temprana edad marcarán en el futuro la capacidad o habilidad de relacionamiento con el medio exterior. Todas las experiencias adquiridas en esta etapa son elementos que modificaron la conducta de los pacientes investigados.

Las condiciones de pobreza, los hábitos y el escaso conocimiento sobre nutrición serán elementos que favorezcan el incremento del riesgo en grupos poblacionales más sensibles a contraer enfermedades, entre estas la diabetes.

En toda enfermedad y en especial en la diabetes el factor primordial a tomar en cuenta es el autocuidado, por tratarse de un padecimiento irreversible que debería estar bajo constante vigilancia y tratamiento médico, administración continua de medicación y tener un estilo de vida saludable al que se incluirán ejercicio físico, situaciones permanentes que deben ser vigiladas por el propio paciente

En el caso concreto de la actividad laboral, la diabetes es causante de conflictos relacionados con ausentismo, disminución de las horas de trabajo, bajo rendimiento, menor ingreso económico, pero además las Empresas contribuyen para el deterioro de la salud del trabajador, al no acatar disposiciones expresas que dispone la ley en los casos de prevención y



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

atención de salud del personal (cumplen parcialmente), disponer de servicios con calidad (comedores), ambientes sanos libres de riesgo y una evaluación periódica de la salud ocupacional.

Los conflictos motivados como efecto de la diabetes dan como resultado una disfuncionalidad en la familia, surgiendo en los pacientes culpa o desánimo, que empeora el estado de la enfermedad.

El ser humano no es un ente aislado necesita relacionarse con sus congéneres para sobrevivir, pero la diabetes cambia toda concepción y percepción de este significado, restringiendo sus costumbres y hábitos en las relaciones sociales.

Una enfermedad crónica afecta económicamente el presupuesto familiar e influye en la calidad de vida. Los costos que demanda el tratamiento de la diabetes al que se le incluyen enfermedades de otros miembros de la familia, disminuye significativamente el ingreso económico.





## BIBLIOGRAFIA

### BIBLIOGRAFIA

Alpizar M. 2001, "Guía para el manejo integral del paciente diabético". Manual Moderno.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2007. "Diabetes" Care. 2007";(Suppl 1)

Belart Ascensión, Ferrer María, 1998, "El Ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia", Bilbao, Desclée de Brouwer, S. A.

Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. 1996, "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar" Apgar - familiar. Aten Primaria.

Castro. Cecilia, 2010, "Investigación Cualitativa, visión teórica y técnicas operativas" Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador.

Centro de Noticias ONU, 2009. pág. principal. OIT analiza "la diabetes en el lugar de trabajo" [citado 2 Oct 2009]

De La Cruz, R. – Chávez, M. 1997, "Intervención sistémica en maltrato infantil y violencia intrafamiliar: pautas para el abordaje terapéutico". CEDRO, Lima-Perú

Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. "Rev. Cubana de Endocrinología". 1999.

De Roux GL. 1994, "La prevalencia de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud". Rev. Educ. Med. Salud 1994; 28(2): 225-33.

England J, Asbury A. "Peripheral neuropathy". Lancet. 2004

Freeman R. "Autonomic peripheral neuropathy". Lancet. 2005.

F.B. Simon, H. Stierlin y L.C. Wynne.1986. Vocabulario de Terapia Familiar

#### MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



UNIVERSIDAD DE CUENCA

García R, Suárez R. Gutiérrez M, Dieste W, Mateo de Acosta O.1995, "Comportamiento del trabajador diabético en una empresa industrial". Rev. Cubana Hig Epidemiol.

García R, Suárez R.1994 Nuestros resultados. Revista Control. "La revista del paciente diabético".1 (enero-marzo).

Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la SED 2000. "Hablemos de diabetes: estrategias en la práctica diaria". Colección Hablemos de. Serie especial para profesionales sanitarios. Madrid: Editorial ACVG. A Menarini Diagnostics.

Haley, J. 1970 "Estrategias en psicoterapia". Edit. Toray. Barcelona

Haley Jay, 1974, "Terapia familiar, Barcelona", Toray, 1974.

Hoffman, L. 1977 "Fundamentos de la terapia familiar". Ed. Fondo de cultura económica. México.

Kitabchi AE, 2006 et.al. "Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes". *Diabetes Care*.Rev.vol.12.

Minuchín, Salvador, 1997, "Familias y Terapia Familiar", Barcelona, Gedisa.

Minuchín S. y Fishman, C. 1984 Técnicas de terapia familiar, Barcelona, Paidós.

Macía M, Pérez L.2003, "La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud". Rev. Cubana Ang Cir Vasc.

Quinteros Angela, 1997, "Trabajo Social y procesos familiares", Buenos Aires, Hvmánitas.

Satir, V. 1981 "Relaciones humanas en el núcleo familiar". Editorial PAX, México

Sauceda García Juan, Maldonado Durán Martín, 2003. "La familia su dinámica y tratamiento", OPS, IMSS, Washington D.C. 2003.

**MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Viniegra-Velázquez L. 2006 “Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma”. Rev. Med del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).

Whelton PK, Appel LJ, et al. “Primary prevention of hypertension”: The National High Blood Pressure Education Program. 2002

<http://www.publispain.com/dietas/diabetes.html>

<http://www.diabetes mellitus-información.com/>



## ANEXOS

### ANEXO N°. 1

#### GLOSARIO

##### **Ateroesclerosis.**

Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se endurece (forma depósitos de calcio) y puede finalmente bloquear las arterias. [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/article/000171.htm>]

##### **Arteriosclerosis:**

Endurecimiento de la pared de las arterias, con proliferación de placas de ateroma que son acúmulos de grasa, colesterol y otras sustancias. Esto dificulta la circulación sanguínea y predispone a problemas cardiovasculares como la trombosis.

<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/arteriosclerosis/>

**Cardiopatía:** En sentido estricto, sin embargo, se suele denominar cardiopatía, a las enfermedades propias de las estructuras del corazón. Es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente. [[https://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hl\\_adam.](https://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_adam.)]

**Coma diabético:** Es una serie de trastornos que aparecen en pacientes diabéticos, que son considerados una urgencia médica por poner en peligro la vida del paciente. En ellos, la persona con diabetes sufre una alteración de la conciencia debido a que el nivel de glucosa en su sangre (*glucemia*) es anormal (muy elevado o muy bajo).

[[http://es.wikipedia.org/wiki/Coma\\_diab%C3%A9tico](http://es.wikipedia.org/wiki/Coma_diab%C3%A9tico)]

**Disfunción eréctil:** Es la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual satisfactoria. [[http://es.wikipedia.org/wiki/Disfunci%C3%B3n\\_er%C3%A9ctil](http://es.wikipedia.org/wiki/Disfunci%C3%B3n_er%C3%A9ctil)]

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



**Dislipidemias o dislipemias:** Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre. En algunos países se le conoce como dislipemia pudiéndose usar ambos términos como sinónimos. [<http://es.wikipedia.org/wiki/Dislipidemia>]

**Enfermedades cerebrovasculares:** Comprenden un conjunto de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de forma transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona pequeña o focal. La hipertensión arterial es principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

[[http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_cerebrovascular](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cerebrovascular)]

**Hipertensión arterial:** (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm Hg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

[<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>]

**Nefropatía diabética:** Es un daño o enfermedad renal que se da como complicación de la diabetes.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000494.htm>.

**Neuropatía diabética:** Se denomina '**neuropatía**' a la afección que aparece cuando el sistema nervioso periférico funciona mal y produce un dolor muy característico anormal.

[<http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=538>]



**Pie diabético:** según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus.

[[http://es.wikipedia.org/wiki/Pie\\_diab%C3%A9tico](http://es.wikipedia.org/wiki/Pie_diab%C3%A9tico)]

**Retinopatía diabética:** Es una complicación ocular de la diabetes que está causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado, que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Si la enfermedad avanza se forman nuevos vasos sanguíneos y prolifera el tejido fibroso en la retina, lo que tiene como consecuencia que la visión se deteriore, pues la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

[[http://es.wikipedia.org/wiki/Retinopat%C3%ADa\\_diab%C3%A9tica](http://es.wikipedia.org/wiki/Retinopat%C3%ADa_diab%C3%A9tica)]

**Jerarquía:** Define la función del poder y sus estructuras en la familia. Diferencia los roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones. [Simón, F. Stierlin, H. Winny, I.1993, 205].

**Parentalización:** Es la asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar o la asunción de ese rol por parte del hijo. Implica un modo de inversión de roles que está relacionado con una perturbación de las fronteras generacionales. [Simón, F. Stierlin, H. Winny, I.1993, 268].

**Jerarquía:** Define la función del poder y sus estructuras en la familia. Diferencia los roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones. [Simón, F. Stierlin, H. Winny, I.1993, 205].

**Simetría:** Designa un modelo de relación que se basa en el esfuerzo para lograr la igualdad y la reducción al mínimo de las diferencias entre las partes. [Simón, F. Stierlin, H. Winny, I.1993, 332].



## ANEXO 2

### GUIA DE ENTREVISTA A PACIENTES, FAMILIARES Y JEFES INMEDIATOS

### INVESTIGACION CUALITATIVA RESPECTO A LA DIABETES Y LOS EFECTOS QUE CAUSA EN LOS AMBITOS FAMILIAR Y LABORAL.

#### Satisfacción de necesidades básicas y afectivas

##### a. Infancia

1. ¿Cómo recuerda su infancia con respecto a satisfacción de necesidades básicas como: alimentación, educación, salud?
2. ¿En cuanto al clima afectivo, cómo se demostraban en la familia los sentimientos de amor, respeto, cuidado?
3. ¿La relación con sus hermanos era de camaradería, empatía, compartían juegos o habían rivalidades, desacuerdos?
4. ¿Cuáles eran los alimentos que consumía con regularidad en esta etapa de su vida?
5. ¿Durante la etapa de la niñez se vio afectada por algún tipo de enfermedad?

##### b. Adolescencia

1. ¿Cómo fue la relación con sus padres respecto a comunicación, reglas, normas?
2. ¿Cómo se dieron las relaciones sociales en esta etapa, les permitían asistir a reuniones familiares, de amigos, actividades recreativas?
3. ¿En algún momento de esta etapa tuvo que asumir responsabilidades paternas, maternas, otras?
4. ¿Cómo fueron los hábitos alimenticios en esta etapa?

#### MAESTRANTE:



## Edad Adulta

1. ¿Refiera cual es su estado civil (pasado y actual) y edad de los hijos?
2. ¿La diabetes puede influir en el cumplimiento de actividades en el hogar?

### a. Relación con la pareja

1. ¿La enfermedad de la diabetes se presentó antes o después de vivir en pareja?
2. ¿Se siente apoyada/o por su pareja con respecto de su enfermedad?
3. ¿Ha notado cambios en la vida de pareja después de la enfermedad: afectiva, emocional, sexual?

### b. Relación con los hijos

1. ¿La enfermedad de la diabetes se presentó antes o después de vivir en pareja?
2. ¿La relación con sus hijos ha mejorado, deteriorado o es igual desde su enfermedad?
3. ¿Por razones de su enfermedad alguno de sus hijos ha debido asumir algún rol especial?
4. ¿Ha creado una relación especial con alguno/s de sus hijos desde que adolece de esta enfermedad?

### c. Funcionalidad Familiar





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

1. ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por una situación crítica?
2. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participan con usted en la resolución de ellos?
3. ¿La familia respeta sus decisiones y acepta sus formas de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida
4. ¿Está usted satisfecha en la forma en que su familia expresa el efecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?
5. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos (cambios en la rutina en cuanto a las actividades recreativas y sociales)?

### **Aspectos de la enfermedad**

1. ¿Qué tiempo hace que sufre de diabetes?
2. ¿Existen antecedentes familiares de diabetes?
3. ¿Cómo recibió la noticia al conocer que sufría de diabetes, qué edad tenía, quién le informó, cambios en la conducta?
4. ¿Cree que el control y la administración de medicamentos pueden asegurar una mejor calidad de vida?
5. ¿Adolece de alguna complicación como consecuencia de la enfermedad?

### **Aspecto laboral**

1. ¿Ha debido ausentarse o abandonar las actividades laborales por complicaciones de la enfermedad?

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



2. ¿Se indispone de su salud de manera frecuente?
3. ¿Le ha manifestado su jefe que desde su enfermedad ha disminuido la calidad y cantidad de su trabajo?
4. ¿Su jefe le ha pedido cambio de actividad?
5. ¿Ha sufrido algún accidente en el trabajo como consecuencia de la enfermedad?

### **Aspecto económico**

1. ¿Cree que su situación económica ha cambiado desde que le diagnosticaron la enfermedad?
2. ¿El ingreso económico de la familia cubre las necesidades básicas?
3. ¿Recibe ayuda económica de algún miembro de la familia?
4. ¿Qué Institución de Salud le proporciona asistencia médica?

### **Aspecto social**

1. ¿Considera usted que se han dado cambios en hábitos y costumbres sociales desde que adquirió la diabetes?
2. ¿Podría comentarme sobre su participación social actualmente?

## **ANEXO 3**

### **NOMINA DE LAS PERSONAS QUE INTEGRAN EL GRUPO DE DIABETICOS/AS DEL CENTRO MEDICO MUNICIPAL**

#### **MAESTRANTE:**

Lcda. Ruth Vázquez Arias



1. ANGULO MIGUEL
2. AYALA BERTHA
3. BARRERA MARGARITA
4. BARROS TERESA
5. CABRERA P. JOSE
6. CARPIO MARTHA
7. CARVAJAL A. CARLOS
8. CHIMBO ROSA
9. DELGADO FANNY
10. ESCANDÓN TANIA
11. JARRO DOLORES
12. JIMENEZ GLADYS
13. JIMENEZ ROBERTO
14. JIMENEZ ROSARIO
15. GARAY PIEDAD
16. GOMEZ AMERICA
17. GOMEZ LUIS
18. GONZALES MARIA
19. GRANDA GOMEZ ALICIA
20. GUAMAN CORNELIO
21. GUAMAN MARIANA
22. GUARACA TANIA
23. LEÓN AIDA
24. LOZADA BLANCA
25. MALDONADO AIDA
26. MALDONADO LUIS F.
27. MANCERO ESTELA
28. MOLINA CARLOS
29. MOLINA DIGNA
30. MOLINA IRENE
31. MOLINA ALBERTO DE J.
32. NIVelo OLGA
33. OCHOA ROSA

MAESTRANTE:

Lcda. Ruth Vázquez Arias



34. ORELLANA DOLORES
35. ORTEGA RUTH
36. PALACIOS MARÍA CRISTINA
37. PÉREZ DOLORES
38. PEREZ JULIO
39. PEZANTES BEATRIZ
40. QUEZADA TERESA
41. QUICHIMBO IMELDA
42. RIVERA CARLOS
43. RIVERA ESPERANZA
44. RUBIO ELVA
45. SALTOS ROSA
46. TOBAR AUGUSTA
47. TORRES N. PILAR
48. VANEGAS IMELDA