

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“GERARDO IRAHETA ROSALES”



**REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES UN
ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN
SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR
(2017-2018)**

PRESENTADO POR:

ARISTONDO POLÍO, ANA VANESSA	AU-08002
AYALA ZELAYA, EVELIN SIOMARA	AZ-11010
DÍAZ HERNÁNDEZ, CECILIA IRENE	DH-10018

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN ELABORADO POR ESTUDIANTES
EGRESADAS COMO REQUISITO DEL PROCESO DE GRADO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ANTROPLOGÍA SOCIOCULTURAL

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESOR

Licenciado Juan Francisco Serarols
COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO

LUNES 3 DE SEPTIEMBRE DE 2018
CIUDAD UNVERSITARIA, SAN SALVADOR, EL SALVADOR

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Maestro Roger Armando Arias Alvarado
RECTOR

Doctor Manuel de Jesús Joya
VICERRECTOR ACADÉMICA

Ingeniero Nelson Bernabé Granados Alvarado
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

Licenciado Rafael Humberto Peña Marín
FISCAL GENERAL

Licenciado Cristóbal Hernán Ríos Benítez
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Licenciado José Vicente Cuchillas Melara
DECANO

Maestro Edgar Nicolás Ayala
VICEDECANO

Maestro Héctor Daniel Carballo Díaz
SECRETARIO

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

Maestro René Antonio Martínez Pineda
DIRECTOR

Licenciado Juan Francisco Serarols
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO ESCUELA DE
CIENCIAS SOCIALES

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESOR

TRIBUNAL CALIFICADOR

- 1º Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
- 2º Licenciada Ana Lilian Ramírez de Bello-Suazo
- 3º Doctor William B. Ventres

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINAS	
GLOSARIO: SIGLAS Y TÉRMINOS TÉCNICOS.....	VI	
AGRADECIMIENTOS.....	X	
PRESENTACIÓN.....	XIII	
INTRODUCCIÓN.....	XV	
PRIMERA PARTE		
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN		
REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES, UN		
ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN		
SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR		
(2017-2018).....		17
CAPÍTULOS		
1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO.....	18	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19	
1.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20	
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	20	
1.3 HIPÓTESIS.....	21	
1.4 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22	
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	22	
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22	
1.5 DISCUSIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	22	
1.5.1 ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD....	23	
1.5.2 REPRESENTACIONES SOCIALES.....	24	
1.5.3 SALUD-ENFERMEDAD-PADECIMIENTO.....	26	
1.5.4 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y PREVENCIÓN.....	36	
1.5.5 ALIMENTACIÓN.....	39	
1.5.6 CREENCIAS, EMOCIONES Y RED DE APOYO.....	41	
1.6 ANÁLISIS DEL DISCURSO.....	43	
1.7 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.....	45	
2. DIABETES EN TODAS PARTES.....	51	
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO.....	52	
2.2 ¿QUÉ ES DIABETES?.....	54	
2.3 SÍNTOMAS, TIPOS Y TRATAMIENTOS.....	55	

2.4 DIAGNÓSTICO.....	62
2.5 ALIMENTACIÓN.....	63
2.6 ACTIVIDAD FÍSICA.....	65
2.7 CONTROL, MEDICACIÓN Y COMPLICACIONES.....	67
2.8 LA DIABETES EN EL MUNDO.....	70
2.9 REALIDAD NACIONAL DE LA DIABETES.....	73
2.10 GÉNERO Y DIABETES.....	74
2.11 ASADI, MISIÓN. VISIÓN Y ACTIVIDADES.....	77
3. CONTEXTO CULTURAL: VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS.....	79
3.1 SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.....	80
3.1.1 PRIMERA ETAPA: INFORMACIÓN O CONOCIMIENTO.....	81
3.1.2 SEGUNDA ETAPA: ACEPTACIÓN O RECHAZO.....	89
3.1.3 TERCERA ETAPA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	95
3.2 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y AUTOCUIDADO.....	102
3.2.1 ALIMENTACIÓN, CONTROL Y ACTIVIDAD FÍSICA.....	113
3.3 UNA FORMA DE VIVIR.....	120
3.4 MITOS Y CREENCIAS ASOCIADOS A LA DIABETES.....	122
3.5 IMPACTO DE LAS EMOCIONES EN LA DIABETES.....	127
3.6 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA DIABETES.....	133
4. CONTEXTO SOCIAL DE LA DIABETES: RELACIONES SOCIALES.....	142
4.1 GRUPOS DE APOYO.....	143
4.2 IMPACTO ECONÓMICO.....	153
4.3 DIABETES Y RELIGIÓN.....	156
4.4 PARTICIPACIÓN E IMPORTANCIA DE LA FAMILIA.....	158
4.5 REUNIONES SOCIALES Y FIESTAS.....	166
REFLEXIONES FINALES.....	171
BIBLIOGRAFÍA.....	177
SEGUNDA PARTE:	
DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN EN PROCESO DE GRADO 2017-2018.....	182
1. PLAN DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO 2017-2018.....	183

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR (2017-2018)	206
3. RESPONSABLES DEL INFORME FINAL Y JURADO CALIFICADOR.....	227

GLOSARIO: SIGLAS Y TÉRMINOS TÉCNICOS

ADA: Asociación Americana de Diabetes.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. (OMS, 2004)

ADN: Ácido Desoxirribonucleico.

ASADI: Asociación Salvadoreña de Diabetes.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA: es una complicación potencialmente mortal causada por una falta absoluta o relativa de insulina; suele ocurrir cuando los ajustes en las dosis de insulina no compensan los incrementos de las necesidades de insulina. (Disponible en:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/22.7.html#Js5422s.22.7>)

COLESTEROL: es una sustancia similar a la grasa e indispensable para la vida. Esta sustancia es sintetizada a través del hígado y ayuda a producir hormonas, ácidos biliares y vitamina D, sin embargo, el aumento del colesterol en la sangre y su depósito en las arterias puede ser peligroso y producir enfermedades cardíacas.

DIABETES MELLITUS: Es un desorden metabólico causado por la dificultad que puede ser heredada o adquirida para la producción de insulina en el páncreas, o porque lo que se produce es ineficaz, lo que se vuelve en un aumento de concentración de glucosa en la sangre, que puede ocasionar daños en muchos de los sistemas corporales, fundamentalmente en el circulatorio y en el nervioso. (OMS, 2004)

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: se refiere a charlas informativas, enfocadas en temas que conciernen a la diabetes, teniendo como objetivo enriquecer el conocimiento del individuo.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: es una disciplina en el ámbito de las Ciencias de la Salud, su fin es fomentar la adopción de medidas para mejorar la salud y prevenir tanto las “enfermedades crónicas” como sus posibles complicaciones.

ENDOCRINÓLOGO: es el médico especialista que atiende a todas aquellas personas con problemas hormonales y metabólicos.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. (OMS, 2004)

ENT: Enfermedades No Transmisibles.

FID: Federación Internacional de Diabetes.

GLIBENCLAMIDA: es un fármaco que estimula la secreción de insulina, en otras palabras, aumenta la liberación de insulina.

GLUCÓMETRO: aparato que se ocupa para medir la cantidad de glucosa que hay en una gota de sangre.

GLUCOSA EN SANGRE: Glucosa es la principal azúcar que circula en la sangre y es la primera fuente de energía en el cuerpo para los seres vivos incluyendo a plantas y vegetales.

GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNAS: es la medición de los valores de glucemia en la sangre antes que la persona ingiera alimentos, sin embargo, en esta prueba no es necesario estar en ayunas.

HIPERGLUCEMIA: es el término técnico que se utiliza para referirse a los altos niveles de azúcar en la sangre y la persona tiene una concentración de glucosa arriba de los 126mg/dl, popularmente es conocida “subida de azúcar”.

HIPERLIPEMIA: son un grupo de alteraciones del metabolismo de las grasas que se caracteriza por dar lugar a un aumento de una o varias fracciones lipídicas en la sangre.

HIPOGLUCEMIA: es una condición que se caracteriza por niveles bajos de glucosa en la sangre (anormales), usualmente menos de 70 mg/dl), popularmente se conoce como “bajón de azúcar”.

INSULINA: es una hormona que se produce en el páncreas que permite a la glucosa entrar en las células del cuerpo, donde se convierte en energía, la falta de insulina o la incapacidad de las células de responder ante la misma provoca un alto nivel de glucosa en sangre denominado hiperglucemia, que es la principal característica de la diabetes. (FID, 2013)

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

METFORMINA: es un fármaco de aplicación oral, empleado para reducir los niveles de glucosa en la sangre, también sirve para controlar las hiperglucemias.

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.

TIPOS DE DIABETES: según la FID existen tres tipos de diabetes la tipo 1, tipo 2 y Gestacional, que caracterizan este padecimiento.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana para la Salud.

PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL: es un examen que se realiza a las personas que llegan a presentar niveles de 125mg/dl, con el fin de comprobar o descartar un diagnóstico de diabetes.

TRIGLICÉRIDOS: son un tipo de grasa presente en la sangre que el organismo utiliza para generar energía.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación sobre la diabetes, es el resultado de la preocupación e interés de tres estudiantes de la Licenciatura en Antropología Sociocultural, que tienen en común que uno o más miembros de sus familias padecen, viven o han fallecido a causa del padecimiento de la diabetes.

A todas las mujeres y hombres que de forma desinteresada aportaron su tiempo para las entrevistas y participaron como informantes en esta investigación, aportando sus conocimientos y experiencias para enriquecerlo, les estamos altamente agradecidas. A Julia Ayala y Ana Cecilia de Díaz, madres de dos de nosotras que ya partieron de esta vida, al igual que María Victoria Aristondo, abuela de una de nosotras que valientemente lucharon contra esta condición.

A la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) sede central y filial Hospital Nacional Rosales, les agradecemos por permitirnos observar, participar en sus actividades y abordar a los usuarios.

A los maestros de la carrera que hacen un aporte adicional a sus funciones, que nos enseñaron conocimientos académicos, ética, respeto, confianza, lealtad, entre ellos: Ana Lilian Ramírez, Carlos Lara, Vicente Genovés, Susana Salazar, y otros maestros de la Escuela de Ciencias Sociales.

Un agradecimiento especial al Doctor y Antropólogo estadounidense William B. Ventres, por su valioso apoyo en leer nuestros avances, orientarnos en la búsqueda de información y ser integrante del jurado evaluador. A la Licda. Laura Mena por ser nuestra asesora.

Agradezco la comprensión a mis hijos Marcelo y Paolo por el tiempo que dejé de ayudarles en sus tareas y otros aspectos de vida, para dedicarme a esta

investigación, a mi esposo Luis por su valioso apoyo y motivación. (*Evelin Ayala Zelaya*)

De manera personal, agradezco a Dios sus misericordias para conmigo y mi familia, agradezco el brindarme salud y sabiduría durante estos años y sobretodo en este proceso que está a punto de culminar.

Agradezco el apoyo, amor y sacrificio de mis padres Eliazar Díaz y Ana Cecilia de Díaz, gracias por ayudarme a salir adelante en la adversidad, aunque mi mami ya no está conmigo, no olvido cada una de sus enseñanzas, a mis hermanos Jonathan y Andrea, sé que en cualquier momento puedo contar con ustedes y ustedes conmigo.

Gracias a toda mi familia y amigos (Tete, Keren y César) por bendecir mi vida, apoyarme, motivarme y animarme a seguir adelante, sin ustedes todo hubiera sido más difícil.

Por último y no por ello menos importante, agradezco el esfuerzo de mis compañeras durante este largo proceso, a todas y todos los que me han ayudado a crecer en todas las áreas de mi vida, les estoy altamente agradecida. (*Cecilia Irene Díaz Hernández*)

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos. A mi madre Ana Delmy Urias Delgado, a mi padre José Alberto Aristondo; por ser los principales promotores de mis sueños, por creer en mí al brindarme su apoyo, esfuerzo y amor, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mi esposo Julio Enrique Polío, por su apoyo incondicional y darme siempre ánimos durante este proceso, me motiva constantemente por lograr mis anhelos, pero más que nada por su amor, cariño y comprensión.

A todos aquellos familiares y amigos que estuvieron apoyándome en cada una de las etapas hasta culminar este objetivo propuesto, ustedes saben quiénes son y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración y resultado de este proyecto. ¡Gracias a ustedes! (*Ana Vanessa Aristondo Polío*).

A todas y todos les estamos infinitamente agradecidas.

ARISTONDO POLÍO, ANA VANESSA.

AYALA ZELAYA, EVELIN SIOMARA.

DÍAZ HERNÁNDEZ, CECILIA IRENE.

PRESENTACIÓN

La Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, tiene como visión formar integralmente profesionales en diferentes áreas y disciplinas, comprometidos con el desarrollo económico y social de El Salvador desde una perspectiva humanística y científica. En relación, su misión expresa la importancia de la formación del recurso humano orientado en la investigación que aborde con pertinencia histórica y teórica las problemáticas sobre la realidad salvadoreña.

En El Salvador el padecimiento crónico de la diabetes crece de forma preocupante, situación que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS, sucede en todos los países del mundo, para las ciencias sociales es de vital importancia abordar fenómenos como este, porque están estrechamente vinculados a la vida cotidiana de las personas y a su entorno social.

La máxima autoridad en el área de la salud en El Salvador es el Ministerio de Salud, esta entidad ha realizado investigaciones sobre padecimientos crónicos, teniendo como área de estudio únicamente el área metropolitana de San Salvador, abordado desde la perspectiva médica, y tomando como base la incidencia y atención de casos atendidos en la red hospitalaria nacional.

Como estudiantes egresadas de Licenciatura en Antropología Sociocultural, se ha realizado esta investigación enfocándonos en poner de relieve los factores determinantes que influyen directamente en la prevalencia de un padecimiento crónico como la diabetes, asimismo se expone desde la mirada de la antropología los elementos culturales presentes en la vida cotidiana de los afectados y sus familias que influyen de una manera particular en la forma como se vive con diabetes.

Cumpliendo con el “Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”, este documento constituye el Informe final de

Investigación denominado: REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR (2017-2018), se compone de cuatro capítulos que incluye los resultados de la Investigación, El Plan de Investigación en Proceso de Grado y el Proyecto de Investigación.

El Proceso de Grado para acceder al título de Licenciadas en Antropología Sociocultural culminará con la exposición y defensa de los resultados del Informe Final ante el Tribunal Evaluador.

INTRODUCCIÓN

Este Informe Final de Investigación, elaborado por las estudiantes egresadas de la Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, en la Facultad de Ciencias y Humanidades, da por terminadas las etapas del Proceso de Graduación, el cual se rige por el mandato que establece condiciones administrativas y actividades de dicho proceso, como resultado de la investigación con base al “Reglamento de la Gestión Académica-Administrativa Universidad de El Salvador”, para optar al grado de Licenciada en Antropología Sociocultural.

Este Informe Final se titula: REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES, UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR (2017-2018). El estudio tiene el objetivo de presentar al lector los cambios a los que una persona con diabetes se somete, además se presenta la cotidianidad de los participantes, sus percepciones y concepciones.

Este escrito constituye los resultados de un estudio con recopilación de información empírica, llevándose a cabo a través del método etnográfico y sus respectivas técnicas de investigación, posteriormente se analiza y comprende toda la información proporcionada por los participantes.

El documento que se presenta, está integrado por cuatro capítulos. El capítulo n° 1, se titula: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO, en este apartado se realiza el planteamiento teórico-conceptual y metodológico del que se compone el presente estudio, además se expone la teoría para posterior análisis de los datos obtenidos, finalmente se detallan las técnicas que ayudaron para la ejecución de la investigación.

El capítulo n° 2, DIABETES EN TODAS PARTES, ofrece un panorama general sobre la diabetes en términos médicos, se aborda desde los síntomas, criterios para su diagnóstico, los tipos existentes y las formas de tratamiento. Además se incluyen antecedentes históricos del tema abordado para su comprensión; asimismo se presenta el panorama tanto mundial como local de la diabetes y la labor de la Asociación Salvadoreña de Diabetes.

En el capítulo n° 3, CONTEXTO CULTURAL: VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS, se incluye la perspectiva cultural de los sujetos de estudio, es decir se recopila los datos proporcionados en las conversaciones informales y entrevistas formales con el fin de dar a conocer las costumbres y creencias que giran en torno al padecimiento, así como las modificaciones a las que se enfrentan y las estrategias que crean para vivir con esta condición.

En el capítulo n° 4: CONTEXTO SOCIAL DE LA DIABETES: RELACIONES SOCIALES, se enfoca la diabetes en un contexto social; en otras palabras se da a conocer los grupos de apoyo a los que acuden las personas que son diagnosticadas, también se analiza y describe la influencia que tiene la diabetes sobre las relaciones sociales de quienes la padecen.

Finalmente se exponen las REFLEXIONES FINALES, presentando los hallazgos obtenidos a lo largo de la investigación, se resume de forma analítica los datos etnográficos y con las limitantes del observador se detallan los factores de riesgo, los detonantes, y la realidad que viven las personas con diabetes y que se aglutinan alrededor de ASADI.

PRIMERA PARTE

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES, UN
ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN
SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR
(2017-2018)

CAPÍTULO N° 1

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

CAPÍTULO N° 1

MARCO TEORICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

En este capítulo se realiza el planteamiento teórico-conceptual y metodológico del que se compone la presente investigación. Como primer punto se describe la problemática de la diabetes, se expone la teoría que fundamenta el desarrollo del presente estudio, se muestran las categorías de análisis para su comprensión. Finalmente, se detallan y describen las técnicas utilizadas a lo largo del proceso investigativo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la diabetes es un problema de salud pública, debido al rápido crecimiento se le ha considerado una epidemia, pues ha afectado a gran parte de una población causando graves perjuicios.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que el número de personas con diabetes aumenta a nivel mundial con mucha rapidez, especialmente en países en vías de desarrollo.

El Salvador no es ajeno a este problema de salud pública; según estadísticas presentadas por la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), existen alrededor de 800,000 salvadoreños con este padecimiento, lo que en términos económicos representa un 11% del gasto total del presupuesto para salud.

Es evidente que la diabetes afecta los aspectos socioculturales de vida de quienes la padecen, creando así en los grupos representaciones sociales sobre esta condición.

Se ha comprobado que existe un temor de ser diagnosticado con diabetes, sobre todo si el tratamiento que se asigna es farmacológico, pues se considera que éste afecta el funcionamiento de órganos, generando así diferentes mitos y creencias en torno al uso del medicamento.

La diabetes es percibida no solo como un problema de salud pública, sino como un problema social, pues carcome todas las esferas con las que el individuo tiene relación, generando así problemas de orden social; este orden provoca readecuaciones en el estilo de vida de quien la padece.

A partir de lo planteado, surge el interés de estudiar el tema de la diabetes, pues no sólo impacta a las personas que la padecen, sino también tiene un impacto en toda la sociedad.

1.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para esta investigación se plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo afecta la diabetes los aspectos de vida social y cultural de quienes la padecen y cuáles son los cambios a los que se someten las personas en su nueva condición de vida?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En El Salvador estudios sobre la diabetes desde la perspectiva médica y psicológica, han brindado valiosos aportes que han sido útiles para el conocimiento científico; sin embargo, la diabetes como una condición sociocultural ha sido un tema poco estudiado.

Al ser una aproximación antropológica, se busca dar un aporte teórico y metodológico, enfocando la diabetes no como una enfermedad sino como un padecimiento, partiendo teóricamente de autores consultados y metodológicamente por el modelo educativo de la asociación donde se realizó la investigación.

La importancia para el grupo de estudio en esta investigación, es el desechar toda información errónea que gira en torno al padecimiento de la diabetes, entre los que resaltan los mitos; además se busca reforzar y ampliar el conocimiento

sobre la diabetes, no solo desde una visión médica, sino desde una visión social y cultural.

La diabetes, al ser considerada como una “enfermedad común” en las sociedades contemporáneas, presenta nuevos desafíos, por ello su importancia radica en dar a conocer la visión del participante.

La relevancia para la sociedad radica en el abordaje de temas sobre padecimientos crónicos de forma interdisciplinaria, es decir, se debe poner énfasis en todas las áreas de la vida de quien lo padece, apostando de esta manera a un estudio más integral.

Por tanto, al ser un instrumento de investigación abordado desde la óptica antropológica, se ofrece este documento para consulta de futuros estudios relacionados con el tema.

Finalmente, la importancia de esta investigación es contribuir y ampliar el conocimiento de padecimientos crónicos estudiados desde la antropología, ya que se considera se debe tomar en cuenta a la antropología en el campo de salud y de esta forma poder observar la intervención de los padecimientos crónicos en la vida diaria de los afectados.

1.3 HIPÓTESIS

A manera de especulación sobre el resultado de la investigación, se formula la hipótesis: está claro que hay factores genéticos relacionados a la diabetes que se conjugan con factores socioculturales como la alimentación, educación y actividad física.

Además cada persona reacciona de manera individual al impacto de dicha condición, dado que cada uno de ellos (afectados) está inmerso en diferentes contextos que los condicionan (culturalmente hablando).

Asimismo, se considera que la modificación de hábitos alimenticios vistos como un elemento identitario/cultural, requieren de cambios paulatinos a nivel social, lo cual lleva por lo general varias generaciones.

1.4 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar, describir y analizar la experiencia de los asociados en torno al padecimiento de la diabetes para identificar los factores socioculturales que influyen en su calidad de vida, partiendo del método cualitativo con análisis cualitativo-etnográfico.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4.2.1 Indagar la forma en que el padecimiento ha transformado conocimientos y prácticas para el control de la diabetes.

1.4.2.2 Conocer las creencias sobre el origen, evolución y complicaciones de la diabetes entre los asociados.

1.4.2.3 Analizar la percepción de los asociados sobre su condición y la incorporación de los conocimientos en su vida cotidiana.

1.4.2.4 Identificar las dificultades y los cambios que las personas con diabetes afrontan y sus perspectivas a futuro.

1.5 DISCUSIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL

En este apartado, se ofrece un detalle medianamente amplio de las diferentes concepciones de autores estudiosos de las categorías médicas y socioculturales que se incluyen en esta investigación, asimismo se ilustra al lector en la idea de salud y enfermedad en otras culturas y otros contextos sociales.

1.5.1 ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Siendo la antropología médica un sub-campo de la antropología sociocultural, se considera conveniente el apoyo en ella, por una parte, se tiene a la medicina que se encarga del estudio de la vida, salud, enfermedad, tratamiento de estas enfermedades y otros aspectos biológicos del ser humano; y por otro lado, se encuentra la antropología que estudia en su totalidad al ser humano, incluyendo los aspectos biológicos y socioculturales.

Los investigadores mexicanos Ana Isabel Gaytán-Hernández y Javier E. García, detallan en su investigación *“El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente”*, que la antropología médica: *“Considera los aspectos socioculturales de las enfermedades desde la definición biomédica de la experiencia de quién sufre la enfermedad.”* (Gaytán-Hernández y García, 2005: 113)

La antropología médica al encargarse del estudio de la salud y enfermedad en las diferentes culturas, permite observar la influencia que tienen los fenómenos sociales y culturales en una persona, y como esta persona construye a partir de su experiencia formas para explicar y asimilar su patología y de esta manera resolver sus problemas de salud.

Asimismo, la Investigadora Silvia Ofman afirma que la antropología médica plantea y se interesa desde hace muchos años en: *“Investigar cómo son las diversas explicaciones que presentan las personas de diferentes culturas y grupos sociales, respecto a las causas de salud y enfermedad.”* (Ofman, 2012: 35)

Como se puede apreciar, la antropología médica permite conocer las maneras de pensar y actuar de las personas pero desde lo cultural, en este caso la perspectiva médica no es el centro sino más bien las personas, ya que son ellas quienes cuentan con un amplio y complejo universo cultural.

Tratándose de un tema sobre salud pública, observado desde la antropología no se apoya solamente en la antropología médica, también se hace uso de la antropología de la salud, ambas muy emparentadas.

En el caso de la antropología de la salud, permite conocer los modelos terapéuticos y etiológicos (causas de la enfermedad) que utilizan las personas para entender su condición.

El doctor Enrique Reynals expresa en relación a la antropología de la salud, que se *“Encarga de analizar, describir e interpretar los procesos de salud, enfermedad y cuidados desde la óptica cultural de cada pueblo, su campo de aplicación central es la salud.”* (Reynals, et. Al; 2007: s. Pág.)

Teniendo en cuenta a ambas antropologías y conociendo su campo de estudio, es posible hacer uso de las representaciones sociales para analizar las creencias de los participantes.

1.5.2 REPRESENTACIONES SOCIALES

La teoría que se retoma en esta investigación es de las representaciones sociales, que surge en el año de 1961 con Serge Moscovici, un psicólogo social; para él este enfoque es una forma de conocimiento que permite acercarse y explicar el comportamiento de las personas estudiadas.

Moscovici, afirma que las representaciones sociales son: *“Una modalidad de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.”* (Moscovici, 1979:17)

Para tener una definición más clara sobre las representaciones sociales y en la que se hará más énfasis, se retoma a Denise Jodelet, quien proporciona una definición general e indica que: *“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos*

contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados.” (Jodelet, 1986:474)

Tanto Jodelet como Moscovici coinciden al decir que las representaciones sociales son una forma de conocimiento, pero Jodelet llega a sugerir que son un saber de sentido común, es decir, son las creencias y conocimientos compartidos por una comunidad; en este caso las personas que asisten a los talleres de educación diabetológica, lo hacen para adquirir conocimientos de prevención, compartir dudas y experiencias con el padecimiento.

A la definición de las representaciones sociales, Jodelet también agrega *que “Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión, y el dominio del entorno social, material e ideal.” (Jodelet, 1986:474)*

Con la definición que proporciona Denise Jodelet, se puede decir que las representaciones sociales son el modo en cómo opera el pensamiento cotidiano, además es el proceso por el cual se interpreta la forma en la que pensamos, dicho de otra manera, abarca nuestro conocimiento, creencia y pensamientos, quedando plasmado en esa interpretación los valores, ideología religión y todo aquello que influye en las personas.

Si bien es cierto que al inicio el enfoque de las representaciones sociales era exclusivo de la psicología social, en los últimos años ha tomado fuerza en las ciencias sociales por ser un enfoque unificador e integrador.

Por una parte, se encuentra lo individual, lo simbólico y el pensamiento que se elabora a través del conocimiento y pensamiento empírico con un significado no material, el cual no es tangible sino más bien imaginario, haciendo presente un fenómeno o hecho de la realidad que se quiere comprender, (1986:474)

Y por otra parte, se encuentra lo colectivo, lo social y la acción, dado que se aproxima y considera la acción de los grupos sociales, el contexto social y cultural, así como la influencia y comunicación entre los sujetos.

Según las investigadoras Tania Rodríguez y María de Lourdes, este enfoque tiene una doble característica: *“La noción de representación social tiene una doble característica: es producto y es acción.”* (Rodríguez y Curiel, 2007: 54)

Se dice que son producto porque son los sujetos quienes asignan un contenido, y acción porque se apropia de la realidad a través de la expresión social que es compartida.

Como se puede observar las representaciones sociales se originan en la vida diaria, es el medio por el cual se puede interpretar la forma en que pensamos, quedando expuestos el conocimiento, las creencias, los valores y prácticas que guían la vida de las personas; por lo tanto su significado no es material sino imaginario.

Al hacer uso de esta teoría, se pueden analizar las siguientes categorías:

1.5.3 SALUD-ENFERMEDAD-PADECIMIENTO

Al estudiar el tema de la diabetes a partir de la teoría de las representaciones sociales y enfocándolo como un problema social, se puede acceder a las formas de pensamiento y prácticas que las personas llevan a cabo; sin embargo es necesario aclarar que esto puede variar entre las personas y los resultados no son definitivos.

Asimismo se retoma a la antropóloga social Teresa Torres-López y los investigadores Manuel Sandoval-Díaz y Manuel Pando-Moreno, para ellos *“Las representaciones sociales son procesos, por lo tanto los resultados no son definitivos, sino una parte del proceso de construcción y reconstrucción de la realidad de las personas.”* (Torres-López, et. Al, 2005: 108)

Se considera que dentro del proceso de la vivencia y la experiencia con un padecimiento crónico, las personas construyen y adquieren nuevos conocimientos que le ayudan a entender lo que ocurre.

El primer proceso al que se enfrentan las personas con diabetes es al diagnóstico, en este paso las personas inician un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con la condición, en el caso de la diabetes no se avanza hacia la curación, sino más bien hacia el control y prevención de complicaciones.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento para el control de la diabetes son procesos que abarcan una serie de cambios que el afectado debe de realizar, se tiene en cuenta que en primer momento no lo llegan a comprender en su totalidad.

Según Torres-López, *“Los cambios o modificaciones involucran aspectos de los hábitos cotidianos más profundamente interiorizados en el estilo de vida, como la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional.”* (Torres-López, et. Al, 2005:114)

Después del diagnóstico las personas inician un proceso de aceptación, comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con un padecimiento crónico, el tiempo de este proceso puede variar porque depende de la actitud de cada persona al enfrentarse a las dificultades.

Al aceptar el diagnóstico, generalmente las personas también deben de aceptar el tratamiento, esto ocasiona una reorganización de las prácticas cotidianas y socioculturales de las personas, es aquí donde sucede una reconstrucción social y las personas comienzan a interpretar lo que les sucede y dan explicaciones del sentirse sanos o enfermos.

Es a ese proceso que llamaremos Salud-enfermedad-padecimiento; proceso que se someten involuntariamente las personas con diabetes, ya que crean definiciones sobre la salud, la enfermedad y el padecimiento, este último llega a confundirse con la enfermedad o simplemente no se toma en cuenta.

Se considera que las preocupaciones de la salud y enfermedad es algo universal ya que se encuentran presentes en todas las sociedades y dependiendo de la experiencia de vivir con una condición crónica las personas tratan de explicar los fenómenos que perciben, dándoles una clasificación y definición.

Además es en la experiencia donde las personas desarrollan conocimientos y técnicas individuales o colectivas en respuesta a lo que les ocurre, en nuestra situación las personas asisten de manera individual a los talleres educativos que ofrece la Asociación Salvadoreña de Diabetes, talleres que son desarrollados de manera colectiva, dicho de otro modo, puede participar todo aquel que le interese saber sobre el tema y quiera compartir su experiencia.

Como se ha indicado, la preocupación sobre este proceso es universal se debe aclarar que los conceptos sobre estar enfermo y saludable no lo es porque son las personas quienes clasifican y explican el fenómeno por el cual atraviesan.

Por lo tanto, es necesario señalar que las nociones y comportamientos a los procesos de salud, enfermedad y padecimiento se encuentran integrados a la cultura de los grupos sociales en los que estos procesos ocurren, de esta manera se aprecia el alcance que tiene este proceso en la dimensión social.

Los investigadores, Esther Jean Langdon y Flávio Braune Wiik, en su artículo *“Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de salud”*; argumentan que *“Los sistemas médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son*

sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y realidades sociales que los producen.” (Langdon y Wiik, 2010: 177)

Es por este razón que las nociones sobre estos tres procesos no provienen de las diferencias biológicas, más bien provienen de las diferencias socioculturales; es decir que tanto la salud, la enfermedad y el padecimiento deben pensarse a partir de contextos socioculturales en los que ocurren, de ahí surge la importancia de analizarlos en este apartado.

Reforzando lo anterior, se agrega lo que también señalan Mónica Sacchi, Margarita Hausberger y Adriana Pereira en su artículo *“Percepción del proceso de salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de Salta”*, en donde nos mencionan que:

“La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud enfermedad.” (Sacchi, Mónica, et.al, 2007: s.pag)

Si bien es cierto que estas tres nociones no pueden entenderse fuera del marco cultural, es necesario desarrollar y explicar los conceptos que se utilizarán para entender este proceso, apoyándose en autores que hablen sobre el tema.

La primera noción que se analizará es la salud y para tener una idea de ¿Qué es salud?, se ocupa la definición que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (www.who.int)

La definición que ofrece esta entidad fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946, pero entro en vigor hasta el año de 1948 y desde ese año la definición no ha sido modificada.

Con este concepto, se entiende la salud como el bienestar que tiene todo ser humano en todas las áreas de su vida, por ejemplo: en la física está el gozar de salud, en otras palabras, vivir sin afecciones o sentir síntomas que perturben; en lo social, podríamos mencionar la convivencia e interacción con otras personas; en lo emocional y psicológico, gozar de afecto, la autoestima y la espiritualidad, todo esto se considera parte de las personas.

De forma más concreta, se puede decir que la salud trata de la calidad de vida de las personas, de las condiciones dignas y placenteras en las que vive una persona. Otro concepto que es conveniente mencionar es el que utilizan las autoridades de salud en El Salvador.

Para el Sistema Nacional de Salud, el concepto de *salud*:

“Debe tomar en cuenta al ser humano como un ser integral, de aquí surge el termino de salud holística, la cual nos conduce a vislumbrar las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano.” (Sistema Nacional de Salud, s.f: 6)

Teniendo en consideración ambos conceptos, se estima que en la actualidad, el concepto de salud no se reduce exclusivamente a lo biológico, más bien es integral e interactivo, requiere de todas las áreas de la persona, se puede apreciar que en ningún momento la biología está aislada o es independiente del cuerpo, siendo este último un canal de relación con los factores socioculturales, y éstos los determinantes del estado de salud de las personas por medio de las costumbres, la forma de vida y el desarrollo.

La segunda categoría de análisis es la enfermedad; para ello es importante preguntarse ¿qué es la enfermedad?, la enfermedad al igual que la salud no es fácil de definir pues depende del significado que le dan las personas a través de la experiencia, tal como nos indica Silvia Ofman *“Las enfermedades pueden ser entendidas de diversas formas, según el punto de vista del actor social a que se haga referencia.”* (Ofman; 2012:35)

Para tener un punto de partida y estudiar la definición de enfermedad, se expone el concepto que brinda la OMS, que es el organismo que se encarga en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial a través de la Organización de las Naciones Unidas. (ONU)

Para la OMS, la enfermedad es una *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.”* (www.who.int)

Como se observa la definición de la OMS se queda encasillado en la visión médica, más bien se limita a lo biológico y patológico, en donde los síntomas y signos de las enfermedades se manifiestan y se conocen las causas que la producen.

Si se observa la enfermedad como lo opuesto a la salud y, encasillada a lo médico y biológico, se podría coincidir en lo dicho por la OMS e indicar que la enfermedad puede ser una alteración leve o grave en el funcionamiento normal de nuestro cuerpo pero estimamos que su definición va más allá del ser una alteración.

Los investigadores médicos Rafael Pascual, Marco Cardoso y Carlos Serrano, manifiestan que *“La enfermedad es reconocida mediante procedimientos objetivos como cambios estructurales o condiciones anormales, revelados por métodos químicos, físicos o biológicos.”* (Pascual, Rafael, et. Al; 2007:810)

Se entiende que la medicina es necesaria e importante ya que es a través de ella y sus métodos es donde se descubren las enfermedades, sin embargo en esta investigación nos interesa la percepción de las personas.

Se cree que la enfermedad, contrario a lo dicho por la OMS, no se limita solamente a una alteración biológica, en otras palabras se percibe que

trasciende a la dimensión social del individuo y se involucra en los distintos aspectos de su vida.

“Es decir que las personas al sentirse enfermas, no lo hacen por el simple *percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente por la posibilidad de estar enfermo.*” (Sacchi, Margarita, et.al; 2007:s. pág.)

Identificar lo que les sucede a través de sus malestares, no sólo se limitan a decir que es una alteración anormal en el cuerpo o mal funcionamiento de sus órganos.

Ciertamente estos organismos internacionales de salud, crean definiciones sobre lo que se cree es un cierto proceso universal, en este caso se habla de la enfermedad, se debe tener en cuenta que estas definiciones como se ha repetidos en varios ocasiones, cambian de acuerdo a su contexto.

La OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Americana de Diabetes (ADA), consideran que la diabetes es una enfermedad; es más, el primer organismo detalla en su sitio de internet, que es una enfermedad crónica no transmisible, dicho de otra manera, es una enfermedad de larga duración y progresión lenta.

Algo que llama la atención y hace preguntarse es ¿si en realidad la diabetes es una enfermedad o padecimiento?

Siguiendo con la explicación de lo que se considera es una enfermedad, se retoman las tres maneras que existen en inglés para expresarla; la primera de ella es el término *Disease*, según Manuel Amezcua:

“Disease es lo que nosotros entendemos por enfermedad en su sentido recto, aquella de la que se ocupan los médicos, que hace referencia al mal funcionamiento del sistema fisiológico, su diagnóstico y tratamiento.” (Lipson; 2000:21 en Amezcua; 2000: 64).

El segundo término es *illness*, el cual se ocupa o hace referencia “A la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad.” (Amezcuca; 2000:64)

Sickness es el último y tercer término utilizado, Amezcuca, explica que esta noción se refiere “A la dimensión simbólico-social de la enfermedad.” (Amezcuca; 2000:64); además continúa exponiendo que es esta noción la que “*implica la presencia de ideologías en torno a la enfermedad que llegan a generar estigmas.*” (Martínez-Hernández; 1972:61 en Amezcuca; 2000:64)

Como se puede afirmar, estas tres nociones con las que se cuenta en el idioma inglés, permiten comprender de una manera clara la definición de enfermedad, su utilidad resulta valiosa al no contar con estas distinciones en el idioma español.

Pero, ¿cómo entendemos cada una de estas nociones? El primer término que se menciona, se refiere a la intervención médica, más bien es una dimensión biológica de la enfermedad. Es ahí donde surge el reconocimiento y la clasificación como leve o grave y el daño que provoca al organismo, es decir que la enfermedad es vista desde lo étic, donde se expone la patología.

El segundo término se contempla como la predominación del sentir individual de estar enfermo, es más interpersonal y subjetivo, es decir que al contrario de *Disease*, el *Illness* es desde la visión emic, es decir su dimensión es sociocultural, es como los individuos viven la enfermedad, en todo caso se refiere al padecimiento.

La tercer y última noción que es *sickness*, alude a la dimensión simbólica del problema, es decir, es donde se hacen presenten los síntomas y el malestar que se conlleva al estar enfermo, además es en esta dimensión donde se

percibe la presencia de ideologías en torno a lo vivido, es cómo se interpreta la enfermedad por una sociedad o cultura.

Sabiendo que es la enfermedad, solamente queda exponer la categoría de padecimiento que en ocasiones llega a confundirse con la enfermedad o el final de la vida. Al buscar un concepto de padecimiento, se expone el que proporciona Thomas Barfield en el Diccionario de Antropología.

Él explica que el padecimiento se *“Refiere a las percepciones y la experiencia vivida de la enfermedad de una persona, es decir un estado socialmente devaluado, que incluye la enfermedad pero no se limita a ella”* (Barfield, 2000: 389); con esta definición surge una pregunta más ¿Por qué el padecimiento incluye la enfermedad pero no se limita a ella?

La respuesta ante tal pregunta es que esto sucede porque si bien es cierto y como se ha explicado anteriormente, la enfermedad es vista como un fenómeno patológico en donde intervienen los médicos, en cambio el padecimiento va más allá de la dimensión sociocultural, traspasando e incluyendo las dimensiones sociales, culturales, emocionales y psicológicas de la persona.

En el caso de esta investigación se tiene presente que la diabetes es un padecimiento individual, tanto los síntomas como el tratamiento se realizan de manera individualizada; sin embargo, el padecimiento o condición crónica trasciende a una dimensión colectiva, abarcando los contextos socioeconómicos, cultural, laboral y familiar de las personas.

¿Por qué se considera la diabetes como un padecimiento y no una enfermedad? Se comprende que la enfermedad ocasiona daños a los órganos y sistemas del cuerpo humano, por lo tanto el padecimiento es visto como: *“Lo vivido, lo sentido por las personas, que trasciende las fronteras del cuerpo*

individual hacia la familia y la sociedad.” (Gaytán-Hernández y García, 2005:114)

Se considera que al abordar la diabetes como una enfermedad, se aborda solamente con los objetivos médicos lo cual se cree que no es adecuado, ya que debe ponerse primero a la persona con la condición antes que a la enfermedad.

Por lo tanto y lo más conveniente en esta investigación es abordar la diabetes como un padecimiento, como lo vivido diariamente por las personas diagnosticadas con la condición o en todo caso con este trastorno metabólico que no tiene cura pero sí un tratamiento para su control, por ello se debe tener en cuenta el impacto psicológico, social, económico, religioso y otros ámbitos sociales que lo provocan.

CUADRO N° 1
DIFERENCIAS ENTRE LAS CONCEPCIONES DE SALUD-ENFERMEDAD-PADECIMIENTO

SALUD	ENFERMEDAD	PADECIMIENTO
Bienestar físico, mental y social.	Atenta contra el bienestar físico, mental y social.	Se aprende a vivir con la condición.
Ausencia de afecciones (dolencia o lesiones)	Se manifiesta a través de síntomas.	Los síntomas disminuyen al adherirse al tratamiento.
No se tiene enfermedades.	Alteración en una o varias partes del cuerpo.	traspasa la dimensión patológica y llega a abarcar dimensiones socioeconómicas, laborales, familiares y sociales del individuo.
	Se puede prever su evolución.	Se pueden desarrollar complicaciones ante el abandono del tratamiento.
	Con el tratamiento adecuado se llega a la cura.	Es de por vida, no tiene cura pero se puede controlar.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE A LOS AUTORES CONSULTADOS, 2018.

1.5.4 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y PREVENCIÓN

La educación en diabetes es uno de los pilares muy importantes para el control de la condición, en los últimos años ha adquirido un papel muy relevante, pues como se ha mencionado, la diabetes no tiene cura.

La educación para la salud se acompaña de la prevención, ambas se convierten en acciones primordiales, *“La educación para la salud permite realizar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo*

como eje al individuo al interior de su contexto social e interpretando la construcción social e histórica del proceso salud-enfermedad...” (Castro, et. al, 2017:149)

De esta forma este proceso se enfoca en la construcción social que inicia desde el individuo quien participa y juega un papel fundamental debido a sus concepciones, expresiones y acciones de lo que vive.

Si bien es cierto que la educación para la salud es una buena estrategia por concentrarse en las diferentes concepciones que tienen los individuos y poniendo a ellos como su eje, cabe mencionar que tiene desafíos.

Los investigadores: Laura Castro, Mauricio Rincón y Dustin Gómez, señalan en su artículo *“Educación para la salud: una mirada desde la antropología”*, que

“Aunque se ha insistido en la importancia de las acciones promocionales y preventivas, aún se siguen con indicadores de morbilidad y mortalidad elevados, e implementando acciones rehabilitadoras y en algunos casos, paliativos cuando ya está instaurada y avanzada en su proceso clínico.” (Castro; et. al, 2017:149)

Tanto la diabetes como otros padecimientos crónicos afectan, no importando la las diferencias de las personas, es decir, su género, edad y nivel socioeconómico, en este caso se requiere de un control médico pero sobre todo de la participación del individuo y del autocuidado.

El autocuidado va de la mano también con la educación, en este proceso se fortalece con los conocimientos, porque:

“Quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente lo más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación, por ende la educación en salud, beneficia a individuos y comunidades de modo significativo.” (Castro; et. al, 2017:149)

Otro desafío que se debe tener en cuenta es que al educar al individuo se debe considerar sus concepciones, es decir, su propia elaboración de conocimiento,

además se debe incluir todas las dimensiones de la persona, sean estas sociales, culturales, económicas y políticas, por lo tanto:

“No es posible hablar de formación y educación sin antes dar una mirada antropológica a este asunto; para ello es necesario reconocer cómo la concepción de ser humano es dinámica y cambia de acuerdo a la época y a las diferentes culturas donde se desarrolle.” (Castro; et. al, 2017:150)

Es así como a través de la práctica educativa que se ha convertido en un pilar básico para el buen control de la diabetes se pretende influir en el individuo para que adopte un estilo de vida más saludable y evite complicaciones derivados de la diabetes.

Para la OMS, la educación es *“Una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad”* (www.who.int); además se señala que todo esto *“Es efectivo cuando se identifican las barreras que se encuentran presentes en la población a educar.”* (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007:81)

Entre las barreras que se pueden mencionar, se observan las creencias, mitos, el desconocimiento sobre la evolución y complicaciones del padecimiento, y el bajo impacto en la promoción y prevención de los padecimientos crónicos.

Se considera que en la fase de desconocimiento es donde se encierra una serie de mitos y creencias que en la mayoría de los casos resultan ser erróneos, los investigadores López-Amador y Ocampo-Barrio, indican que: *“Por desconocer la verdadera naturaleza de su enfermedad las personas diabéticas sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad, lo que los lleva a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura.”* (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007:81)

El doctor Leonardo Viniegra, refuerza lo dicho por las autoras e incluso añade: *“Que el conocimiento es todavía insuficiente o que no se aplica adecuadamente; otra más socorrida, es que el paciente no atiende las indicaciones y no hace lo que le corresponde.”* (Viniegra, 2006: 48)

En contraste con Viniegra, la investigadoras Rita Alvirde, Cleotilde García y María de los Ángeles Carpio, señalan para que un programa educativo tenga el éxito, se debe integrar todas las áreas de las personas y *“Considerar el aspecto que lo hace un ser único. Esto no es posible si no se establece una relación cordial con los pacientes y familiares para permitir una aproximación de la realidad de cada uno.”* (Alvirde, et. al:18)

Es así como al considerar la educación y prevención como categoría de análisis se pretende a través del método etnográfico, interpretar y profundizar en las creencias, hábitos, patrones de conducta y arraigo cultural de quienes padecen esta condición crónica.

En esta fase *“Se espera que a través del proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de complicaciones.”* (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007: 81)

1.5.5 ALIMENTACIÓN

Entre los factores socioculturales que influyen en el ascenso de la diabetes se encuentran los hábitos alimenticios y a la misma vez es uno de los pilares al igual que la educación para mantener un buen control del padecimiento.

“La dieta, la actividad física y el manejo farmacológico son pilares en el tratamiento de la DM2; las dos primeras entrañan una mayor dificultad y complejidad para su abordaje, al involucrar aspectos culturales y afectivos

individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud.” (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007:81)

Se cree que en las prácticas alimenticias donde se encuentra un fuerte arraigo sociocultural, y donde también existe un desconocimiento nutricional, por lo tanto las personas con el padecimiento tienen “La idea que al saberse con DM2, están destinados a que su alimentación se encuentre basada en verduras.” (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007:83)

Para las autoras López-Amador y Ocampo-Barrio, en su estudio sobre creencias y hábitos alimenticios de un grupo de diabéticos mexicanos, nos señalan que para estas personas:

“El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo.” (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007:83)

Esta categoría es de gran importancia y analizarla requiere de un gran cuidado, pues se considera que la alimentación no se centra en el mero hecho de comer sino que va más allá de algo sumamente biológico, trascendiendo a lo social y cultural.

Jesús Contreras señala que en *“El acto de la alimentación, el hombre biológico y el hombre social o cultural están estrechamente ligados y recíprocamente implicados”* (Contreras, 1992:100); dicho de otro modo, hay una interacción entre las pautas socioculturales y el condicionamiento metabólico que es más biológico.

Vista la alimentación como una actividad social, se puede decir que:

“Los modos cómo son preparados y servidos los alimentos, los alimentos concebidos especialmente para ser compartidos con otras personas, las maneras cómo nunca serían utilizados... todo ello expresa los modos mediante los cuales los individuos de cada sociedad o grupo particular proyectaba sus identidades” (Contreras, 1992:100).

Existen razones por las cuales comemos y por las que se sirven ciertos alimentos, por eso Jesús Contreras dice que *“En buena medida, si comemos, y si comemos lo que comemos en cantidad y en tipo de alimentos, lo es por razones ceremoniales y sociales.”* (Contreras, 1992:100)

Como se dijo anteriormente, los hábitos alimenticios tienden a ser señalados como la principal causa de la diabetes pero también es parte fundamental para un tratamiento integral. Para la OMS:

“La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo; de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios.” (www.who.int)

Sin embargo, se recalca que se debe tener una alimentación balanceada en grasas saturadas y no saturadas, proteínas, frutas, verduras y azúcares, al incluir esta categoría se pretende analizar los cambios drásticos en el estilo de vida de las personas, enfocándose en los patrones alimenticios y culturales.

1.5.6 CREENCIAS, EMOCIONES Y RED DE APOYO

Este padecimiento no sólo genera impacto en salud pública o en la economía de la población que la padecen, sino que también tiene un alcance a las esferas sociales pero sobre todo psicológicas e individuales les de quien vive con la condición.

La investigadora, Loraine Ledón, afirma *“Aunque las personas hoy mueren menos por DM, los aspectos involucrados en su calidad de vida y su sentido de bienestar se están viendo más afectados.”* (Ledón, 2012: s. pág)

En esta categoría no se enfoca a la diabetes desde una perspectiva médica, donde hay daños en los órganos del cuerpo, se considera más complejo porque toma importancia la persona, una persona llena de emociones tanto positivas como negativas.

Se debe tener en cuenta que cada persona tiene deseos, emociones y reacciones diferentes unas con las otras, por lo tanto, estudiar y comprender está relación es importante, ya que las emociones se convierten en *“Una base para la explicación y comprensión de múltiples acciones, vivencias, sucesos, procesos y problemas sociales.”* (González, et. al, 2011:267)

Con respecto a los padecimientos crónicos se puede decir que generan una serie de emociones, entre las que se pueden mencionar la angustia, ansiedad, tristeza, miedo, culpa y enojo.

Tal como nos lo dice Loraine Ledón, “El diagnóstico de una enfermedad Crónica usualmente tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas” (Ledón, 2012 s. pág.); las emociones sentidas empiezan desde el momento del diagnóstico y depende del conocimiento que se tenga del padecimiento pueden aparecer creencias y emociones positivas o negativas.

Loraine Ledón, explica en su investigación realizada en la Habana, Cuba que *“Explorar las creencias y la información que dominan las personas con DM se convierte en un paso inicial importante y necesario para motivar ajustes y enriquecer la información y conocimiento de las personas.”* (Ibid)

Al estudiar este tema desde la antropología, se observa cómo los determinantes socioculturales forman parte de la diabetes y las causas de esta están asociadas a las condiciones de vida socioculturales, no sólo de quien la padece sino de su familia también.

Tomar en cuenta las creencias, emociones y el apoyo que reciben las personas con la condición es importante; primero porque es a través de las creencias que cada persona interpreta y construye su propia realidad de lo que ocurre: *“cada paciente interpreta la experiencia de la diabetes (y otras enfermedades*

crónicas) de acuerdo con sus creencias culturales.” (González, et. al, 2011: 270)

Segundo, se considera que hay vivencias afectivas y emocionales que nacen cuando se hace manifiesto algún suceso, en este caso, la modificación del estilo de vida es un enorme reto que resulta difícil de vencer, por la misma persona, esto lo hace buscar apoyo.

Tercero, tanto la familia como la red de apoyo, juega un papel fundamental en la aceptación del tratamiento y adhesión al mismo, *“la experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red de apoyo más cercana que es su familia.”* (Tejada, et. al: 2006)

1.6 ANÁLISIS DEL DISCURSO

Para conocer las representaciones sociales que manejan las personas, se incluye esta categoría que pretende estudiar y analizar el discurso de las personas con diabetes como un hecho de comunicación oral e interacción social, considerando el discurso como una acción social, pues en él se manifiestan expresiones y experiencias.

A través del discurso oral se manifiestan expresiones que están articuladas con las ideologías, mitos y creencias, haciendo que cada individuo sea portador de experiencias individuales y colectivas que son difundidas por los mismos individuos.

Por tal razón se retoma al investigador social José Luis García, quien define que: *“La importancia del lenguaje humano como conducta social es uno de los aspectos fundamentales que cualquier análisis del discurso tiene que tener en cuenta.”* (García, 2000:76)

Por lo tanto, se considera que la importancia de abordar el discurso radica en la articulación de los procesos culturales con la interacción social que realizan los

individuos, también es por medio del discurso que se puede aproximar al análisis y comprensión de la realidad propia que han construido las personas para afrontar este padecimiento.

Existe una serie de argumentaciones que viven en el imaginario colectivo y que son expresadas por el grupo de personas estudiado y con las personas con las cuales se relacionan.

Se refleja de forma particular una serie de concepciones de la enfermedad entre mitos y realidades que para el trabajo antropológico se reconoce como el discurso grupal.

Para Gilberto Giménez se entiende por discurso:

“Toda práctica enunciativa considerada en función de sus condiciones institucionales, ideológico-culturales e histórico-coyunturales. Son éstas condiciones las que determinan en última instancia “lo que puede y debe ser dicho” (articulado bajo la forma de una arenga, un sermón, de un panfleto, de una exposición, de un programa, etc.) a partir de una posición determinada o de una coyuntura determinada” (Giménez, 1983:124)

La diabetes es un padecimiento que afecta a la humanidad desde hace miles de años, pero es a partir de los años setentas que se cobró notoriedad especialmente en El Salvador, en torno a la condición se han creado una serie de interpretaciones y valoraciones populares que tienen profundas raíces en la cultura y las concepciones de mundo de la población.

Gran parte de las expresiones verbales relacionadas con la diabetes, se refieren a lo que socialmente se reproduce como las consecuencias físicas de tener la enfermedad, el deterioro de los órganos internos y las mutilaciones del cuerpo, la poca esperanza de vida y vincular su aparición a aspectos meramente alimenticios.

A pesar de tener conciencia de la importancia de la alimentación en el proceso de la diabetes y lo beneficioso de llevar una dieta saludable para sobrellevarla, es evidente que existe diferencia entre lo que se dice y lo que se lleva a la práctica.

El discurso se ve directamente influenciado por el nivel de conocimiento y educación del sujeto que la padece, tal como lo establece Gilberto Giménez que todo discurso refleja el sistema de representaciones y de valores dominantes o subalternos, las personas con diabetes consciente o inconscientemente reproducen a través del lenguaje, los elementos identitarios de su grupo.(1993:125)

La información compartida dentro del grupo generalmente es de tipo oral y no necesariamente está marcada por un lenguaje técnico y extenso, pero lleva un alto grado de veracidad y complejidad que en algunas ocasiones no es captado en las primeras exposición pero con el tiempo llega a ser comprendido y más adelante hasta reproducido.

1.7 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

El estudio que se llevó a cabo fue de tipo cualitativo (analítico descriptivo), el cual se utiliza principalmente en ciencias sociales y hace énfasis en las características y el perfil de la población seleccionada.

En esta investigación se aplicaron técnicas y métodos propios del quehacer antropológico, entre ellos sobresale el método etnográfico, que consistió en la aproximación a los sujetos de investigación, a través de técnicas como la observación participante, entrevistas formales e informales.

Es necesario señalar que antes de asistir al trabajo de campo, se realizó una recolección de datos, siendo el principal recurso fuentes bibliográficas en línea.

Esta búsqueda sirvió para realizar una revisión general de fuentes informáticas en torno al tema de interés, además ayudó a adquirir información necesaria sobre el tema. El principal obstáculo fue que en El Salvador no se encontró información de la diabetes enfocado desde la antropología u otras ciencias sociales.

Palabras claves como antropología médica, diabetes, representaciones sociales, educación diabetológica y apoyo familiar, facilitaron la búsqueda de documentos electrónicos, documentos de sitios de investigación principalmente de la base de datos de Redalyc y Scielo son los más ocupados.

El tema de investigación se inició desde el ciclo II-2014 con la asignatura de Seminario de Investigación I, realizando en agosto de ese mismo año el primer contacto con la Asociación Salvadoreña de Diabetes.

Para poder acceder a los talleres educativos que se imparten en la filial central de ASADI, se gestionó los respectivos permisos que sirvieron para socializar con los informantes y el personal de la asociación.

Las visitas de campo se realizaban los días sábados, ya que ese día los usuarios asistían a la Asociación para recibir las charlas en educación diabetológica, en un primer momento el grupo fue cerrado, creemos que en un inicio fue así por ser un grupo conformado de adultos y personas mayores.

Para darnos a conocer y ganarnos la confianza de los usuarios, participábamos en actividades como rifas para recaudar fondos en beneficio de ASADI, colaboramos en la compra de refrigerio que se vendía durante un breve receso, además asistimos a celebraciones que conmemoraban el Día Mundial de la Diabetes.

Al ganarnos poco a poco la confianza de las personas y al ser más conocidas entre ellos, comenzamos a percibir una apertura, tanto así que cuando

entablaba conversación con nosotras despejaban toda duda que quizá tenían desde el primer día que asistimos a los talleres.

Una de las preguntas más comunes que se nos realizaba era ¿ustedes tienen diabetes porque están bien jovencitas?, con sinceridad se les respondía a esta pregunta, diciéndoles que no teníamos diabetes pero sí teníamos interés sobre el tema y por esas razones asistíamos a los talleres.

En los meses de septiembre a noviembre del año 2017, se dio autorización para ingresar a los talleres educativos que se realizan los días miércoles en la filial del Hospital Nacional Rosales en San Salvador.

Las personas que asisten a los talleres educativos se mostraron mucho más accesibles, esto permitió avanzar en la investigación y realizar entrevistas formales, así como recopilar más datos de los talleres educativos y del comportamiento de los individuos.

Tanto en ASADI central como en la filial del Hospital Nacional Rosales, se realizaron entrevistas informales con las personas, esto permitió conocer expresiones propias que no se atreven a decir frente al grupo.

Las entrevistas formales que se realizaron, corresponden a ocho mujeres y dos hombres, haciendo un total de diez entrevistas con personas que siempre estuvieron dispuestas a participar.

En esta fase se establece la importancia de cuidar la identidad de los informantes. Al ser para las investigadoras una prioridad no poner en riesgo la integridad de quienes han accedido a proporcionar información, por ello se toma la decisión de omitir sus nombres reales y ocupar seudónimos para referirnos a ellos.

Para obtener los datos se optó por hacer uso de historias de vida, con este recurso además de obtener información general se obtiene información más detallada de la vida cotidiana de los usuarios, se hicieron preguntas abiertas que permitían al entrevistado tener mayor confianza y extenderse con detalle en cosas que para ellos eran importantes, esta información sirvió de insumos para el análisis del discurso.

Se elaboró un cuestionario con 36 preguntas, con datos básicos como edad, género, ocupación, pasatiempos, con quién vive, tiempo de padecer diabetes. Seguidamente una parte para explorar el conocimiento o información del que tenían sobre su condición, el estilo de vida, si tenían familiares afectados, dónde lleva su control y cómo era su vida antes del diagnóstico.

En la parte siguiente se incluyeron preguntas relacionadas con el estado emocional y físico, se preguntaba cuál fue su reacción cuando le confirmaron que tenía diabetes, sobre el control médico, que cambios realizó cuando ya conoce su situación, el apoyo familiar, su vida social, tratamientos alternativos.

En la última parte, se sondea las valoraciones que tienen los usuarios de ASADI, qué significa para ellos ser usuario, la formación especializada, la convivencia con otras personas y sobre el quehacer de la asociación.

Finalmente la selección de los informantes se realizó tomando como base el perfil de los asociados con fenómeno estudiado, es decir personas que padecen diabetes tipo 1 y tipo 2. La mayor parte de asistentes son mujeres, por esa razón representan mayoría.

Para las entrevistas se abordaron más o menos 20 personas, la mayoría mostró interés de ser informante, por diferentes compromisos de ellos algunas no se pudieron concretar, en estos casos se buscaban otros candidatos.

Se concretaron citas para las entrevistas de manera que no afectaran los horarios de talleres y capacitaciones, así como sus horarios alimenticios y la toma de medicamentos.

Estas entrevistas se realizaron a través de citas acordadas previamente, algunas se realizaron en cafeterías, en el Hospital Rosales, otras en la sede central y algunas en actividades recreativas de ASADI como excursiones.

Al mencionar las dificultades que se tuvieron en esta investigación, nos encontramos como ya se mencionó anteriormente con la escasa información bibliográfica sobre estos temas en El Salvador. También y a pesar de haber sido gestionada una entrevista al Dr. Roberto Cerritos, lastimosamente no se pudo concretar.

Respecto a los objetivos, con mucha satisfacción podemos decir que con esfuerzo, perseverancia y paciencia se cumplieron, ya que se conoció la experiencia de los informantes al vivir con un padecimiento o lo que ellos consideran una enfermedad crónica, conociendo de esta manera su percepción sobre la condición, la evolución y complicaciones de la misma.

La fase de sentarse a escribir fue compleja por la cantidad de datos, las grabaciones se transcribieron de forma exacta con el lenguaje, los comentarios y respuestas de los informantes, se respetó su privacidad, y se solicitó el permiso y la autorización para grabar totalmente toda la entrevista.

El trabajo de escritorio fue largo y cansado, se realizaron reuniones grupales, conversaciones informales, desacuerdos, consenso y negociaciones para trabajar en la elaboración del informe.

Al ser el primer equipo conformado por tres mujeres estudiantes de antropología, el ponerse de acuerdo requirió de mucha tolerancia y una buena dosis de paciencia, las discusiones fueron dignas de un estudio antropológico.

CUADRO N° 2
DATOS GENERALES DE LOS INFORMANTES CON DIABETES

No	Nombre	Edad	Ocupación	Residencia	Escolaridad	Pasatiempo	Tiempo de Padecer
1	Lucrecia	77	Jubilada	Montebello, vive con su hija.	Bachiller	Caminar y asistir a charlas. Asiste a iglesia evangélica	17 Años
2	Adela	49	Ama de casa	Zacamil, vive con su compañero de vida	1 año Bto.	Salir a pasear y caminar. Asiste a l. evangélica	8 años
3	Paola	30	Desempleada. ayuda a su mama en casa	Ciudad Delgado, vive con sus padres	2do año Bto.	Colaborar con ASADI y hacer ejercicio	26 años
4	Cecilia	55	Empleada	San Salvador, vive con su compañero de vida e hijo.	Secretaria	Asistir a talleres	18 años
5	Lucas	51	Albañil	Soyapango, vive con su esposa y 4 hijos.	7º grado	Asiste a la iglesia evangélica	6 AÑOS
6	Zaida	69	Jubilada	Metrópolis, vive con su hija y nietas.	Universitaria : máster en administración de docencia universitaria	Realiza Manualidades leer, sale a excursiones	18 Años
7	Leonor	65	Ama de casa	Apopa, vve con su esposo y 3 hijos	Universitaria	Caminar Asistir a ASADI Asistir a la iglesia	16 Años
8	Iracema	66	Ama de casa y cuida a un niño	Vive con su esposo	Educación básica	Le gusta bailar e ir a los talleres de ASADI filial Hospital Rosales	17 años Diabetes tipo 2
9	Jairo	58	carpintero	Soyapango, vive con su esposa	Educación básica	Realiza los quehaceres del hogar y trabaja en la carpintería	17 años diabetes tipo 2
10	Renata	47	Borda y cose ropa	Vive con su esposo	Educación media	Realiza ejercicios, cose ropa y asiste a los talleres de ASADI.	13 años diabetes tipo 2

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE A DISEÑO DE LA MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN, 2018

CAPÍTULO N° 2

DIABETES EN TODAS PARTES

CAPÍTULO N° 2

DIABETES EN TODAS PARTES

En este capítulo muestra un panorama general sobre la diabetes en términos de la medicina científica, desde su diagnóstico, los tipos de diabetes y tratamientos. Asimismo se presenta el panorama mundial y nacional de la diabetes, al final se expone la labor de la Asociación Salvadoreña de Diabéticos en el territorio nacional.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Se estima que para toda investigación es necesario y esencial incluir los antecedentes históricos del tema abordado para su comprensión. La diabetes es un padecimiento que se ha considerado a lo largo del tiempo una enfermedad tan antigua como la civilización.

Al investigar sobre su historia podemos mencionar que no se sabe con certeza cuando se dio el apareamiento de este padecimiento, sin embargo la palabra diabetes tiene su origen en el vocabulario griego que significa “pasar a través de”, significado que se ha puesto en relación con sus síntomas comunes.

Según Emilio Serrato¹, las personas comenzaron a darle importancia a este padecimiento por los síntomas presentados, los síntomas que se mencionan figuran en los libros sagrados de la India, los Vedas, que comenzaron a escribirse hacia unos 1500 años antes de nuestra era.

La primera referencia que se encuentra es sobre el sabor dulce de la orina, este aparece concretamente en el libro Yagur Veda Suruta (400 a.C.). Contemporáneo al libro de los Vedas un famoso papiro (1500 a.C.) que se escribió en Egipto fue descubierto el siglo pasado.

¹ *Historia de la Diabetes* de Emilio Serrato Gómez . Emilio Serrato Gómez Es A.T.S. en el Centro de Salud Palma-Palmilla eserratog29@enfermundi.com

En 1873, en una tumba de Tebas por el egiptólogo Ebers (1837-1898). En este papiro se menciona el tratamiento contra la poliuria (mucho orina), es así como se menciona por primera vez uno de los síntomas de la diabetes. (Serrato: s.f; 61).

En el período del Renacimiento aparecieron más referencias a la diabetes. Para la Edad Media, tanto la medicina como el conocimiento fueron evolucionando y desechando falsedades, siendo en el siglo XVI, cuando se descubre que las personas con el padecimiento y mal tratadas eran con más frecuencia las que tenían un aumento de grasa en la sangre, que en la actualidad se le conoce como colesterol, triglicéridos e hiperlipemia.

En Canadá, en el año de 1921 el científico Frederick Banting y el estudiante de medicina Charles Berst aislaron una sustancia del páncreas de los perros a la que llamaron isletin y que ahora se conoce como insulina, con este experimento descubrieron que el perro podía mantenerse con vida con inyecciones de insulina (Serrato, s.f. 62)

En 1922 Leonard Thompson un niño de 14 años se convierte en el primer ser humano a quien se le hacen pruebas, se le aplicó una inyección de insulina, un dato significativo es que antes de utilizar la insulina, las personas eran sometidas a una dieta de hambre lo que implicaba que no tenían esperanza de sobrevivir. (FID, 2013)²

La insulina le permite vivir a las personas con diabetes hasta la vejez, sin embargo, esta no cura, según la Federación Internacional de diabetes (FID) en muchas partes del mundo después de casi un siglo del descubrimiento de la insulina hay personas con diabetes tipo 1 que no tienen acceso a este fármaco

² FEDERACION INTERNACIONAL DE DIABETES.

por dos factores substanciales como no poder pagarlo o no está disponible, es por ello que muchas personas mueren después de desarrollarla.

Emilio Serrato, detalla los avances que tuvo la insulina en diferentes etapas, dice que para el año de 1950 se fabricó la insulina llamada N.P.H. (Neutral Protamin Hagedorn) de acción más rápida pero menos prolongada que la I.P.Z. Con la insulina N.P.H. Se podía compensar a muchos diabéticos con una inyección antes del desayuno y otra antes de la cena.

En Inglaterra en el año de 1955, F. Sanger, consiguió descubrir la fórmula química de la insulina tras diez años de trabajo, por lo que se le concedió el premio Nobel de 1958. Demostró que la fórmula era dos cadenas de aminoácidos unidos por dos puentes de sulfuro, la cadena A con 21 aminoácidos y la B con 30 y esto permitió que más tarde se pudiera sintetizar en laboratorios.

Otra forma de insulina humana es la obtenida por recombinación del ADN es el Ácido Desoxirribonucleico, que es una de las mayores y más importantes moléculas presentes en los organismos vivos y es portador del patrimonio hereditario de la materia viva y regula la síntesis de proteínas.

2.2 ¿QUÉ ES DIABETES?

Para esta investigación se tendrán en cuenta dos definiciones de organismos importantes en el área de salud a nivel mundial, primero de ellos es de Organización Mundial para la Salud, y el segundo es de la Federación Internacional de Diabetes.

La Diabetes ha sido definida por la OMS como un desorden metabólico causado por la dificultad que puede ser heredada o adquirida para la producción de insulina en el páncreas, o porque lo que se produce es ineficaz, lo que se vuelve en un aumento de concentración de glucosa en la sangre, que

puede ocasionar daños en muchos de los sistemas corporales, fundamentalmente en el circulatorio y en el nervioso. (OMS, 2004)

La FID señala que la diabetes mellitus es un padecimiento costoso, que tiene un componente genético, sin embargo algunas personas son más susceptibles que otras a desarrollar esta condición que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre, debido que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. (FID, 2017)

Actualmente la diabetes mellitus es uno de los padecimientos más conocidos debido a su considerable aumento a nivel mundial; es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) y es considerada una prioridad dentro del tema de salud. Son muchos los factores que caracterizan este padecimiento crónico y complejo.

Uno de los medicamentos para combatirla es la insulina: una hormona que se produce en el páncreas y que permite a la glucosa entrar en las células del cuerpo, donde se convierte en energía. La falta de insulina o la incapacidad de las células de responder ante la misma provoca un alto nivel de glucosa en sangre denominado hiperglucemia, que es la principal característica de la diabetes. (FID, 2013)

2.3 SÍNTOMAS, TIPOS Y TRATAMIENTOS

Según la FID³ existen tres tipos de diabetes la Tipo 1, Tipo 2 y Gestacional, que caracterizan este padecimiento.

La Diabetes Tipo 1, puede desarrollarse a cualquier edad, sin embargo aparece con más frecuencia en niños o adolescentes, se identifica por ser autoinmune

³ El texto completo de atlas 2015 y 2017 de la Federación Internacional de Diabetes FID puede verse en el siguiente sitio web: <https://www.diabetesatlas.org>

destruye las células productoras de insulina del páncreas, este tipo de diabetes se diagnostica mediante un alto nivel de glucemia.

Las personas con esta condición siempre dependen de las inyecciones de insulina para sobrevivir, ya que hasta la fecha no existe una terapia demostrada y al alcance de todos para curar la diabetes tipo 1. (FID, 2017)

Síntomas de la Diabetes Tipo 1:

- Sed anormal y boca seca.
- Micción frecuente.
- Falta de energía, cansancio extremo.
- Apetito constante.
- Pérdida repentina de peso.
- Heridas de cicatrización lenta.
- Infecciones recurrentes.

Tratamiento para Diabetes Tipo 1:

Hoy en día existen varios tipos y presentaciones de insulina, en los países desarrollados existen otras que no han llegado a El Salvador, de acuerdo a lo observado las más comunes son: Insulina Lenta, popularmente conocida como “lechosa” debido al color un poco turbio del líquido, se aplica inyectada y es la que se distribuye en la red hospitalaria nacional, tal y como su nombre lo indica su efecto es lento con picos de acción de dos horas después de su aplicación, tienen agregados otros componentes para que el efecto dure alrededor de 6 u 8 horas. (ASADI, 2017)

La insulina rápida, o también llamada “clara o transparente”, cuyo efecto dura menos tiempo debido a que la insulina viene en su estado puro, actúa más rápido entre 10 y 15 minutos después de su aplicación, este medicamento se prescribe a las personas que mantienen los niveles de glucosa muy elevados.

Existen otros tipos de insulina en el mercado que se aplican inyectadas, inhaladas y en forma de parches, la industria farmacéutica sigue cada día creando formas más novedosas que causen menos molestias, pero generalmente tienen un costo mucho más alto que les impide a las personas de escasos recursos adquirirlas.

La Diabetes Tipo 2 es causada por una combinación de resistencia a la insulina y deficiencia de la misma hormona, es la forma más frecuente de diabetes y representa alrededor del 90% del total de casos.

Este tipo de diabetes suele producirse con más frecuencia en adultos y ancianos pero cada vez más se presenta en niños, adolescentes y jóvenes con sobrepeso. Las personas que padecen este tipo de diabetes suelen tratarse con pastillas e inyecciones.

Este tipo también puede ser la principal causa de enfermedad cardíaca y otras complicaciones. Los síntomas de la diabetes tipo 2 podrían ser idénticos a las de tipo 1, sin embargo, se puede presentar sin los trastornos agudos, por lo que dificulta saber el momento exacto de su aparición. (FID, 2017)

Síntomas de la Diabetes Tipo 2:

- Orina frecuente y en grandes cantidades.
- Sed excesiva.
- Hambre excesiva a toda hora.
- Sensación de cansancio.
- Visión borrosa.
- Náuseas y vómitos.
- Infecciones frecuentes, generalmente en las encías u orina.
- Hormigueo, entumecimiento en manos y pies.
- Picazón en la piel y genitales.
- Cortaduras y heridas que tardan en cicatrizar

- Piel seca.

Tratamiento para Diabetes Tipo 2:

En esta situación se prescribe Metformina, según Vademecum (sitio especializado de información de medicamentos) este fármaco tiene como tarea:

“Reducir la glucosa en plasma postprandial y basal. Actúa por 3 mecanismos:

Reduce la producción hepática de glucosa por inhibición de gluconeogénesis y glucogenolisis.

En el músculo incrementa la sensibilidad a insulina y mejora de captación de glucosa periférica y su utilización.

Retrasa la absorción intestinal de glucosa. No estimula la secreción de insulina por lo que no provoca hipoglucemia”.

Todas las presentaciones comerciales son por vía oral, las dosis son establecidas por el médico de acuerdo a cada necesidad. (Vademecum.com)

Otro medicamento utilizado en el tratamiento de la diabetes tipo dos es la Glibenclamida, “Estimula la secreción de insulina por células Beta (β) del páncreas. Reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la capacidad de unión y de respuesta de la insulina en tejidos periféricos.” (Vademecum.com)⁴

En muchos casos la Glibenclamida y Metformina se recetan de forma separadas pero se ha podido conocer a través de las entrevistas que muchos afectados toman los dos medicamentos juntos o en horario distintos.

El tercer tipo es la Diabetes Gestacional (DMG), que es más bien una intolerancia a la glucosa que aparece o se detecta por primera vez en cualquier

⁴ Vidal VademecumSpain | Vademecum.es está reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios (S.V.nº09/10-W-CM), concedida el 3 de diciembre de 2010.

momento durante el embarazo, las mujeres con niveles de glucosa ligeramente elevados son clasificadas como que tienen diabetes gestacional.

Cada 25 embarazos se ven afectados por este padecimiento, el no tratarse adecuadamente puede provocar anomalías al feto y aumento en el índice de muertes de madres y niños. También al no tratarse adecuadamente tanto los bebés como las madres corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. La diabetes gestacional normalmente desaparece tras el parto. (FID, 2017)

TRATAMIENTO PARA DIABETES GESTACIONAL:

El tratamiento para las mujeres con diabetes gestacional es una dieta baja en calorías y azúcar, bajar de peso, ejercicio adecuado, control y monitoreo de la glucemia en todo el proceso de gestación.

Al tener el diagnóstico el paciente debe seguir un tratamiento que tiene como objetivo llevar los niveles de glucosa a normales, los cuales según los parámetros de la Asociación Americana de Diabetes oscilan entre 70 y 100mg/dl. (FPD)⁵

De acuerdo a los expertos, para controlar y mejorar la diabetes se requiere un programa riguroso que incluye: alimentación, actividad física, control y medicación, con algunas variantes que son propias de la condición física de cada paciente. Esta regla es aplicable a todos los afectados.

MEDICAMENTOS:

El tratamiento, junto a la alimentación, el control médico y la actividad física, son pilares claves en la lucha contra la diabetes, agregando a estos los controles médicos periódicos, más una actitud optimista y evitar las preocupaciones, permiten a los que la padecen llevar una vida relativamente saludable.

⁵ Fundación para la Diabetes es una entidad de carácter privado con sede en España, que lucha en contra del incremento de los casos de diabetes y sus complicaciones.

Es recurrente encontrar en el grupo personas que al ser diagnosticadas optaron por tratamientos alternativos o llamados por ellos “medicina natural”, que generalmente consiste tés o infusiones de plantas, semillas o raíces entre las que están: las cascaras de mangle, las hojas de mango, cogollos de almendra, uña de gato, chan o chía, moringa, semilla de aguacate, etc.

Las personas que asisten a las charlas informativas de ASADI dejan estas prácticas y optan por la medicina científica con tratamientos generalmente compuestos por insulina y tabletas.

INSULINA:

Explicada de forma sencilla la Insulina es una hormona producida por el páncreas que se encarga de regular los niveles de glucosa en la sangre. Al ser producida de forma irregular se desarrolla la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), o si hay ausencia se da la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), por lo que es necesario introducirla.

La ingeniería genética ha creado de forma sintética la insulina, sustancia que tiene las mismas propiedades que la hormona humana que se obtiene por formula química artificial obtenida de una enzima de cultivo de la bacteria E. coli, es más barata que la primera fórmula que se usaba anteriormente, que era elaborado con un gen de origen porcino.

María una joven, de 30 años, bachiller, con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), vive con el padecimientos desde que tenía 8 de edad, con rostro de preocupación responde a la interrogante de ¿qué tipo de medicamentos consume? “... yo uso insulina, cada 5 días toca comprarla, pero no es de la común” ¿Cuál es? “los análogos de la insulina, la más conocida es la Lantus como socia en ASADI me cuesta \$17.39, me alcanza para 5 días, y la HumalogMix es una mezcla, ya viene así esa me cuesta \$13.00 y solo me dura 6 días, son insulinas especiales.”

Los hospitales nacionales solamente proporcionan a sus pacientes insulina suave o lenta (conocida popularmente como lechosa) e insulina rápida (o clarita). En el caso de María por ser medicamentos especiales son altamente costosos y de poca duración, las dosis inyectadas son tres veces al día de ambas insulinas.

FIGURA N° 1
PRESENTACIÓN DE INSULINA HUMANA INYECTABLE



Fuente: <http://leki-opinie.pl/actrapid-plyn>.

METFORMINA Y GLIBENCLAMIDA:

El médico después de asegurarse con pruebas de sangre que una persona tiene diabetes tipo (DM2), le prescribe tabletas de Metformina y en otros casos Glibenclamida, de forma separadas, o combinando ambas con dosis de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Estos medicamentos son distribuidos por las Unidades de Salud y por los Hospitales Nacionales. Se entregan recetas en las consultas con el médico que por lo general son cada 3 o 4 meses, el paciente debe acudir a las farmacias del centro de salud a retirarlas en la fecha detallada en cada receta.

El personal de la farmacia es muy estricto con las fechas, si una persona no asiste el día correspondiente, le llaman la atención de forma “pesada”, algunos optan por no entregársela y el paciente se ve obligado a comprarla mientras llega la fecha de la próxima entrega.

La medicina moderna está en constante investigación, para buscar medicamentos que ayuden a controlar de forma más efectiva la diabetes, o disminuir su avance.

2.4 DIAGNÓSTICO

La confirmación del diagnóstico se realiza por medio de exámenes específicos de laboratorios, la prueba que se realiza es la medición de glucosa en sangre.

Entre las pruebas para diagnosticar la diabetes se encuentra la Glucosa plasmática en ayunas, se realiza la medición de la glucosa con un aproximado de 8 horas de ayuno. Por otra parte, el examen A1C mide el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 2 o 3 meses. Se diagnostica diabetes cuando: $A1C \geq 6.5\%$.

También se realiza una prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide el nivel de glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. Le indica al médico cómo el cuerpo procesa la glucosa.

Además se pueden realizar pruebas aleatorias de glucosa plasmática a cualquier hora del día cuando los síntomas alertan a la persona que no anda los niveles de glucosa establecidos.

Según la FID los criterios de diagnóstico son los siguientes:

- Cuando se cumplen uno o más de los siguientes criterios: glucosa en plasmas en ayunas 7,0 mmol/L (126 mg/dl) o glucosa en plasma tras dos horas de haber ingerido por vía oral una carga de glucosa de 75 g.
- Cuando se cumplan ambos criterios de alteración de tolerancia a la glucosa (ATG): la glucosa en plasmas en ayunas 7,0 mmol/L (126 mg/dl) y la glucosa en plasma tras dos horas de haber ingerido por vía oral una carga de glucosa de 75g 7,8-11,1 mmol/L (140-200 mg/dl).
- Cuando se cumplen ambos criterios de alteración de la glucemia en ayunas (AGA): la glucosa en plasma en ayunas 6,1- 6,9 mmol/L (110 a 125 mg/dl) y la glucosa en plasma tras dos horas de haber ingerido por vía oral una carga de glucosa de 75 g 7,8mmol/L (140 mg/dl).

2.5 ALIMENTACIÓN

En el caso de la alimentación, el seguimiento a las charlas educativas impartidas en la Filial del Hospital Rosales de la Asociación Salvadoreña de Diabetes sostienen que la alimentación y una dieta balanceada constituyen uno de los elementos indispensables en la lucha contra el padecimiento, las porciones, los grupos y tipos de alimentos son remarcados en cada charla educativa.

Se enseña a los asistentes a que comer, cómo comer y cuándo comer. En el primer punto los alimentos se clasifican en: carbohidratos, proteínas y vegetales (frutas, verduras) y las grasas cada una necesaria para la nutrición de los seres humanos, se enseña además que deben incluirse todos los grupos los carbohidratos y grasas en forma muy limitada, las proteínas y los vegetales con menos restricción.

FIGURA N° 2
PIRÁMIDE DE LA HIDRATACIÓN SALUDABLE



Las bebidas alcohólicas de baja graduación (bebidas fermentadas) no son útiles para la correcta hidratación pero su consumo moderado ha demostrado beneficios en adultos sanos. No se incluyen en la pirámide pero pueden consumirse con moderación.

Fuente: Fundación para la Diabetes.

Las frutas por su contenido de fructuosa deben consumirse en porciones pequeñas y no exceder de tres porciones al día, las horas y los tipos son importantes para paciente con diabetes, se recomienda consumir la última fruta antes de las 5 de la tarde.

Los frutos rojos y amarillos por las mañanas y al mediodía y es mejor optar por las frutas verdes en las tardes debido a que contienen menos calorías. Se debe evitar o reducir la piña, el mango maduro, las peras y el banano porque contienen abundante fructuosa (azúcar de las frutas).

Una persona con diabetes debe hacer cinco comidas al día con horario y porciones establecidas, la condición hace que el cuerpo consuma más rápido las calorías y se corra el riesgo de tener una Hipoglucemia⁶. A diferencia de las creencias populares que promueven abstenerse de comer más de 3 veces al día.

2.6 ACTIVIDAD FÍSICA

La práctica de un ejercicio o de actividad física en una persona con diabetes está determinado por los niveles de glucosa en la sangre o lo que los expertos llaman glicemia y debe ser tenido en cuenta antes realizarlas, es muy común que al practicar cualquier tipo de ejercicio la glucosa descienda y la personas sufran algún accidente como consecuencia.

Los niveles ideales para realizar ejercicio están entre 90 y 150 mg/dl pero siempre se debe consumir algún carbohidrato para alargar la resistencia. Cuando los niveles de glucosa están debajo de 90 mg/dl se debe evitar ejercitarse. En el caso de niveles de 150 a 250mg/dl se recomienda hacer ejercicio sin ingerir alimentos.

En niveles arriba de 250 mg/dl se debe evitar hacer ejercicios de alta intensidad, porque se ha comprobado que se incrementan los niveles en forma peligrosa debido a los cuerpos cetónicos que están presentes, en la glucosa elevada. En general se recomienda que antes de iniciar algún tipo de ejercicio, se debe hacer un chequeo de glucosa en la sangre.

⁶ Hipoglucemia es cuando nivel de glucosa en la sangre cae por debajo de lo normal (menos de 70 mg/dl)

Así mismo se toma en cuenta que desde el momento que se hace la prueba, al momento de iniciar la actividad física, puede haber cambios significativos en solo segundos, en algunos casos se ha determinado que después de doce horas de haber finalizado la actividad, el cuerpo continúa quemando calorías. (Murillo, 2017)⁷

Para la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) hay diez buenas razones para que todas las personas se ejerciten, tengan o no diabetes:

Mejora los niveles de glucosa en sangre porque ayuda a quemar calorías.

Mantiene la presión arterial más baja ayudando al corazón a bombear la sangre con más fuerza y a un ritmo más lento.

Mayor control en niveles de los lípidos, el ejercicio puede reducir el nivel de colesterol.

Se reduce el consumo de medicamentos, al perder peso se reduce la cantidad de insulina o de medicamentos.

Pérdida de sobrepeso, una rutina de ejercicios ayuda a perder libras.

Disminuye los riesgos de otros problemas de salud como un ataque cardíaco.

Más energía y menos sueño, aumenta el ánimo para hacer actividades.

Menos estrés, ansiedad y depresión.

Músculos y huesos más fuertes al realizar ejercicios de resistencia, pesas o bandas elásticas.

⁷Artículo "El control de la glucemia en el ejercicio". Serafín Murillo. Asesor en nutrición y Deporte. 2017. Barcelona.

Mayor flexibilidad, se notará poco tiempo después sin experimentar molestias corporales. (ASADI, 2015)

2.7 CONTROL, MEDICACIÓN Y COMPLICACIONES

La medicina moderna está en constante investigación, para buscar medicamentos que ayuden a controlar de forma más efectiva la diabetes, o disminuir su avance, la industria farmacéutica es la mayormente beneficiada con la venta de medicamentos destinados a tratar enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la insuficiencia renal.

Para cada una se recomienda un tratamiento específico, y se toma en cuenta las condiciones físicas propias de cada persona así como su edad, peso, condición sociocultural y otras.

Con el tiempo, la diabetes trae complicaciones al cuerpo que no se pueden evitar, la severidad y la etapa en que se presenta depende en gran medida del cuidado y la condición física del que la padece, esto significa que si ha llevado un control médico riguroso, ha realizado actividad física, ha cuidado su alimentación los impactos aparecerán muy tarde, pero lamentablemente aun llevando un control minucioso siempre llegarán aunque con menor impacto.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) identifica las siguientes complicaciones, producto de no ser diagnosticado a tiempo, no tratarse adecuadamente las hiperglicemias y las hipoglucemias:

Retinopatía: aparece cuando los vasos sanguíneos de la retina se afectan, produciendo cambios como: fuga de líquido, crecimiento de vasos anormales, hemorragias y formación de tejido de cicatrización. La retinopatía, generalmente no presenta síntoma alguno, aunque la vista puede tornarse gradualmente más

borrosa. En casos más severos inclusive puede haber hemorragias. (ASADI, 2018).⁸

Glaucoma: es un daño en el nervio óptico que puede causar ceguera, puede surgir cuando los líquidos naturales del ojo no se drenan correctamente y esto causa la presión intraocular.

En algunos casos puede haber dolor en los ojos, visión nublada, ojos rojos, dolor de cabeza y náuseas, es recomendable una evaluación periódica por el oftalmólogo. El tratamiento es con medicamentos y/o cirugía, lo mejor es la prevención.

Cataratas: es la opacificación total o parcial del cristalino o lente natural, existen fundamentalmente dos tipos: Catarata congénita: es la existencia de opacidad en el cristalino desde el nacimiento.

Catarata adquirida: es el tipo más frecuente y es la principal causa de pérdida de visión entre los mayores de 55 años, está causada por la acumulación de células muertas en los lentes naturales de los ojos y hay tres tipos principales: Senil, Traumática y Diabética. (ASADI, 2018)

Enfermedades cardiovasculares: Es la causa de muerte y discapacidad más común en personas con diabetes, de acuerdo a la FID la presión arterial, el colesterol y la glucosa en niveles elevados son elementos determinantes que contribuyen a incrementar las complicaciones del corazón. (FID)

ASADI detalla que "... la hipertensión daña las arterias coronarias y hace que el corazón trabaje más de lo normal." Niveles altos de colesterol y triglicéridos. Esto significa niveles altos de colesterol, sobre los 200 mg/dl y triglicéridos sobre los 150 mg/dl, además de la disminución del colesterol HDL "colesterol

⁸ ASADI: Asociación Salvadoreña de Diabetes, Sitio web <http://www.asadi.com.sv/la-diabetes/cuidado-de-los-ojos/>

bueno” y elevación del colesterol LDL “colesterol malo”. El colesterol es uno de los componentes mayores de las placas que se forman en la pared interior de las arterias y las obstruyen o tapan causando disminución en el flujo sanguíneo” (ASADI, 2018).

Nefropatía o daño Renal: “Cuando la diabetes no es controlada, los niveles de glucosa en la sangre se mantienen elevados, eso hace que los riñones trabajen en exceso tratando de filtrar más cantidades de glucosa y va dañando los pequeños vasos y tubos, poco a poco el daño se va convirtiendo en insuficiencia renal avanzada en la cual el riñón casi no puede eliminar sustancias tóxicas y de no ser tratado el problema, las sustancias de desechos se concentran en niveles tan elevados que comprometen la vida del paciente.”

Neuropatía: Es el daño en el sistema nervioso micro vascular de todo el cuerpo como consecuencia de los altos niveles de glucosa en la sangre, e hipertensión, provocando adormecimiento, pérdida de sensibilidad, dolor y hormigueo especialmente en las extremidades superiores e inferiores, las manos, piernas y pies. Otros órganos pueden verse afectados como el aparato digestivo, el corazón y los órganos sexuales.

El Pie diabético: Es una complicación muy común en la diabetes y de mucho peligro que al no tratarse tempranamente puede llegar a causar amputación. Los expertos recomiendan hacer una revisión diaria de los pies, usar medias o calcetines de color claro, usar calzado cómodo y sobre todo mantener la glucosa en sangre en niveles normales. (ASADI, 2018)

Enfermedades Bucales: Los cambios en la salud bucal en diabéticos pueden afectar los dientes, encías, lengua, paladar y otras partes de la boca por lo que es recomendable que se visite al odontólogo con frecuencia ya que muchas veces solo él puede detectar las complicaciones bucales debido a que los pacientes con diabetes tienen muy poca sensibilidad.

2.8 LA DIABETES EN EL MUNDO

Los datos de la Asociación Americana de Diabetes, siglas en inglés (ADA) registra que más 30 millones de estadounidenses tienen diabetes en 2016, cada 21 segundos, otra persona es diagnosticada. La Asociación Americana de Diabetes es la máxima autoridad internacional en diabetes y desde 1940 viene cumpliendo su misión de prevenir y curar la diabetes, y mejorar la vida de todas las personas afectadas.

Para hacerle frente a esta realidad mundial la American Diabetes Association (ADA) impulsa los descubrimientos producto de la investigación sobre el tratamiento, control y prevención de todos los tipos de diabetes, así como la búsqueda de curas; se pronuncia sobre la urgencia de esta epidemia, ofrece apoyo, y vela por los intereses de las personas con diabetes; de quienes corren peligro de tenerla y de los profesionales médicos que los atienden. (ADA, 2017)⁹

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en diciembre del 2006 designar Día Mundial de la Diabetes el 14 de noviembre de cada año, en el Acuerdo No. (A/RES/61/225) reconociendo de esta manera la importancia que tiene el combate a la diabetes en todos los países que integran la ONU.

La Octava Edición del año 2017 del Diabetes Atlas de la Federación Internacional de Diabetes FID, expone que actualmente viven casi 500 millones de personas con diabetes en el mundo (la población total en el mundo es de 7,500 millones), el 80% de toda esa población afectada vive en los llamados países de renta baja y renta media.

⁹Asociación Americana de Diabetes al 1-800-DIABETES. www.diabetes.org.

Los estilos de vida sedentarios y la mala calidad de la alimentación han contribuido en gran medida a incrementar la obesidad y la diabetes en todo el mundo. (FID, 2017) ¹⁰

En su investigación, la Federación muestra el detalle de casos de diabetes por región geográfica, dividiéndolas en: América del Norte y El Caribe; Oriente Medio y Norte de África; Europa; América del Sur y Centro América; África; Sudeste Asiático y Pacífico Occidental.

Cabe destacar que los datos se incluyen a los casos ya confirmados así los casos de Alteración de Tolerancia a la Glucosa (ATG) que para la FID son considerados como parte del grupo que padece diabetes por lo tanto, se incluyen en las proyecciones para el año 2,045.

En la región de América del Norte y El Caribe en el año 2017 existen 46 millones de afectados en edades de 20 a 79 años, con proyecciones hacia el año 2045 de 62 millones equivalente al 35% de aumento. Oriente medio y el Norte de África con 39 millones, con estimaciones de incrementar a 82 millones correspondiente al 110% una cifra realmente alarmante.

Europa con 58 millones para 2045 serán 67 millones correspondientes al 16% de incremento. La región de América del Sur y Centroamérica con un número de prevalencia de 26 millones, según las proyecciones habrá un 62% de incremento llegando a la temida cifra de 42 millones.

África actualmente cuenta con 16 millones de seres humanos viviendo con diabetes, se espera que los casos incrementen a 41 millones, con un porcentaje de 156% convirtiéndose en la región que crecerá más rápido. Para el Sudeste Asiático los casos prevalentes corresponden a 82 millones, en el año 2,045 se espera que aumente a 151 millones lo que es igual al 84% de aumento.

¹⁰ Diabetes Atlas 8ª. Edición 2017. Federación Internacional de Diabetes. <https://www.idf.org/atlasdiabetes/2017>.

La última región es el Pacífico Occidental con 159 millones para el 2045 se estima que habrá un porcentaje del 15% de incremento lo que corresponderá a 183 millones de afectados.

La suma de todas las regiones del mundo reflejan en el 2018 la cantidad de **425 millones de hombres, mujeres y niños** viviendo con diabetes una cifra verdaderamente (utilizando palabras de la FID) alarmantes, convirtiéndose en una verdadera emergencia para la humanidad.

El futuro es menos alentador, las proyecciones en 27 años refleja que para el año 2045 las personas con diabetes en todo el planeta llegarán 629 millones creciendo en dicho periodo un 48% más, con edades de 20 a 79 años.

El informe de la FID también refleja otros indicadores como: muertes, gastos, áreas de residencia de grupos padeciendo diabetes, que por razones de delimitación no se incluyen en esta investigación.

No todo es pesimismo, la FID reconoce que aún se está a tiempo para emprender acciones que ayuden a disminuir los casos de diabetes para las próximas generaciones.

Entre las medidas que se pueden adoptar están: divulgar el conocimiento que tienen las organizaciones, instituciones o individuos sobre el padecimiento, educar sobre la importancia de llevar una dieta saludable, realizar actividad física y la implementación visiones más inclusivas en los proyectos de construcción que permitan crear espacios agradables y adecuados para llevar una vida más activa física y mentalmente.

2.9 REALIDAD NACIONAL DE LA DIABETES

En Centroamérica las enfermedades crónicas como: Hipertensión, Insuficiencia Renal y la Diabetes Mellitus han pasado a ocupar un lugar de importancia debido a que son la causa de un elevado número de muertes en la región.

Es preciso mencionar que la máxima autoridad en salud del país, el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) no tiene estudios o investigaciones recientes que den cuenta de la situación nacional de la prevalencia de la Diabetes Mellitus, a excepción de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) del año 2015 en Población Adulta.

No existen estadísticas anuales, mensuales por lo que se ha tomado como referencia los datos de instituciones especializadas como la Asociación Salvadoreña de Diabetes ASADI.

Datos del año 2015 reflejan que en El Salvador 800 mil personas padecen diabetes, cifra que en diciembre del 2017 es superada según lo manifestó el Doctor Roberto Cerritos, Médico Endocrinólogo. Fue él junto a otros profesionales quienes debido al crecimiento de casos decidieron fundar ASADI. En una Conferencia realizada por la Asociación para sus afiliados y público en general el galeno afirmaba.

“En El Salvador existen en la actualidad más de un millón de personas viviendo con la diabetes, es alarmante y a mí me da una tristeza que el sistema nacional de salud, este tan pasivo y que no emprenda campañas más agresivas para hacerle frente....entre estos hay una cantidad muy considerable de niños.... Nosotros sacamos las estadísticas revisando los registros en los hospitales del país.” (Conferencia Dr. Roberto Cerritos)¹¹

¹¹ Conferencia y Jornada Educativa con Especialistas. Realizada por ASADI en Hotel Holliday Inn, San Salvador, 2 de diciembre de 2017.

Con motivo del día mundial de la salud el 19 de abril de 2016, la Ministra de Salud Doctora Violeta Menjívar, decía en su discurso de presentación de la Encuesta Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que todo el sistema de salud nacional trabaja concientizando a la población sobre el incremento de la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas, haciendo énfasis que una alimentación saludable y realizar actividades físicas, así como asistir a los centros de salud, forman parte de la prevención. (MINSAL)

2.10 GÉNERO Y DIABETES

Para el año 2017, la FID, afirmó que en el mundo existen 225 millones de personas con diabetes, el género masculino es el más afectado con el 9.4 % en relación al género femenino que corresponde al 8.4%. En El Salvador, la ENECA-ELS 2015,¹² refleja que en la Región Metropolitana la DM predomina en el sexo femenino con un 13.9% y en el hombre un 10.6% y la obesidad representa en la mujer un 33.2% y en los hombres 19.5%.

Entre los usuarios que asisten con regularidad a los talleres de educación diabetológica, las mujeres son mayoría, en las jornadas de la sede del Hospital Nacional Rosales que se realizan los miércoles de nueve de la mañana a las doce del mediodía, de los 35 a 45 personas que asisten entre cinco y ocho son hombres, el resto son mujeres, más una educadora y un educador.

La misma situación se da en la sede central de ASADI, de las asistentes habituales 20 ó 30 personas, cuatro o cinco son hombres. En las conferencias realizadas por médicos expertos en Hotel Crowne Plaza en noviembre del 2017, de 110 participantes solamente 30 eran hombres. En las excursiones y actividades recreativas que realiza la Asociación el 90% corresponde al género femenino.

¹² Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2017. Ministerio de Salud El Salvador.

Es importante hacer notar, que aunque los datos de la encuesta ECNT refleja que son las mujeres mayoría con casos de diabetes, el estudio se realizó únicamente en la Región Metropolitana de San Salvador, por tanto no se tiene total certeza que ocurra lo mismo en todo el país, ya que no existen investigaciones que lo respalden.

Es pertinente tener en cuenta, los factores socioculturales que pueden influir en este fenómeno y que obstaculizan la participación de los hombres en la recolección de estadísticas nacionales, uno de estos es la renuencia de los hombres a asistir a consultas médicas, a realizarse chequeos y a ser constantes con los tratamientos (dietas, controles, actividad física, medicarse).

Además de la tendencia de los hombres a evitar conocer los resultados. Es muy común encontrarse con las frases como: “es mejor no saber” “si me doy cuenta me voy a morir más rápido de la aflicción” o “no siento nada, si sé, me van a salir los síntomas.”

Los roles desempeñados por condiciones de género es otra constante en la participación de hombres y mujeres en los talleres de educación, los informantes de esta investigación se dedican a: cuidado y trabajo en la hogar, algunas están jubiladas, otras, tienen empleo con horarios flexibles o trabajadoras por cuenta propia, vendedoras, costureras, algunas dependen económicamente de hijos, esposos u otros familiares.

Los hombres que asisten son trabajadores de la construcción, pequeños empresarios, jubilados, otros que están desempleados y participan en los talleres hasta encontrar empleo, al cuestionarles por la poca participación la mayoría manifiesta que por el trabajo, la falta de tiempo. Los días sábados, hay más participación de hombres jóvenes, en algunos casos acompañan a su madre, padre o abuelos.

LAS MUJERES SON LAS MÁS AFECTADAS EN EL SALVADOR:

La FID afirma que en el mundo 203.9 millones de mujeres entre 20 y 79 años viven actualmente con el padecimiento, equivalente al 8.4%, de toda la población diabética del planeta, frente a los hombres con 221.0 millones y el 9.1, en otras palabras existen 17.1 millones de hombres más con diabetes.

Los datos publicados por el Hospital Nacional de San Miguel en el oriente del país revelan que los casos más atendidos de personas con diabetes son mujeres, en el año 2017 cobraron la vida de 73 féminas en edades reproductivas de 18 a 30 años, ellas son más vulnerables a sufrir de obesidad, mala nutrición y vida sedentaria.

Con el sobrepeso corren el riesgo que al salir embarazadas desarrollan diabetes gestacional, esta condición generalmente desaparece después del parto, pero que tiene muchas probabilidades que en 5 o 10 años adquieran la enfermedad. (EDH, 01/12/17)

Para las autoridades de salud, las enfermedades crónicas incluida la diabetes son las que mayor gasto de recursos les genera, la diabetes consume el 12 % del gasto de atención en salud. En la cuenta nacional de Enfermedades Crónicas, la diabetes tiene mayor incidencia en la Región metropolitana, las mujeres ocupan el mayor número de casos con el 13.9 % y los hombres con un 10.6%. (ENECAS-ELS-2015-2017)¹³

¹³ Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta en El Salvador, Instituto Nacional de Salud, mayo 2017.

2.11 ASADI, MISIÓN. VISIÓN Y ACTIVIDADES

De acuerdo a la información publicada La Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), es una organización sin fines de lucro, apolítica, legalmente constituido fue fundada en 1987 por el Médico Endocrinólogo Roberto Cerritos y otros médicos, teniendo como eje central la educación diabetológica a través del conocimiento y formación a afectados por la diabetes y a sus familias.

La estructura orgánica de la Asociación está conformada por una Junta Directiva, en coordinación con la FID, no recibe recursos económicos del estado y su funcionamiento se debe a su autofinanciamiento, su ubicación geográfica es Alameda Roosevelt n° 2727, Colonia Flor Blanca en San Salvador.

Debida al aumento de casos de diabetes, ASADI ha creado con filiales en distintos puntos del país, generalmente se ubican en los hospitales de la red nacional o en la Unidades de Salud, algunas son: Hospital Nacional Rosales, Hospital San Bartolo, Hospital Nacional de Ilobasco, Hospital de Usulután, Izalco, Chalchuapa, entre otras.

MISIÓN:

“Educar a las personas con Diabetes de El Salvador, con el propósito que aprendan a convivir con este problema de salud grave, crónico y complejo.”

VISIÓN:

“Lograr mejor calidad de vida para las personas con Diabetes en El Salvador.”

Entre sus objetivos están: “Evitar y/o retrasar el aparecimiento de la diabetes. Capacitar en diabetes a profesionales de la salud, no especialistas. Que las personas con diabetes conozcan y acepten su problema de salud, lo asuman con responsabilidad y aprendan a convivir con él. Que eviten y/o retrasen el aparecimiento de las complicaciones.”

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN:

Consultas con médicos endocrinólogos y diabetólogos.

Talleres de educación para personas con diabetes, mayores de 20 años y su grupo familiar, los días sábados en la sede central y otros días de la semana en las filiales.

Talleres para niñas, niños y adolescentes.

Talleres para padres y madres de niñas, niños y adolescentes con diabetes.

Jornadas medico educativas nacionales.

Celebración del Día Mundial de la Diabetes.

Convivios.

Toma de glucosa en sangre capilar.

Campamentos para niñas, niños y adolescentes de 6-19 años.

Consejería para personas con reciente diagnóstico de diabetes.

Venta de productos para el tratamiento y prevención de la enfermedad, aparatos medidores de glucosa, suministros como jeringas, insulina, medicamentos, vitaminas y alimentos específicos para el consumo de diabéticos a costos accesibles.

Al ser una organización especializada pone a disposición información escrita y digital sobre la diabetes mellitus, los sucesos y avances médicos nacionales e internacionales para mantener informada a la comunidad afectadas y al público en general.

Para las investigadoras, el trabajo realizado por ASADI es de gran importancia en el combate a la diabetes en El Salvador y con pocos recursos ejecutan sus proyectos y hacen el trabajo preventivo que debería realizar el Estado a través del MINSAL.

CAPITULO N° 3

CONTEXTO CULTURAL: VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS

CAPÍTULO N° 3

CONTEXTO CULTURAL: VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS

En el siguiente capítulo, se exponen los datos recopilados en el trabajo etnográfico que dan cuenta de los elementos culturales presentes en la dinámica cotidiana de los afectados por la diabetes, la manera particular de percibirla, los aspectos físicos y psicológicos, así como las valoraciones existentes al alrededor del padecimiento.

3.1 SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Las personas con la condición de diabetes necesitan acceder a los medicamentos apropiados y amplio servicio de salud durante el curso del padecimiento, esto les permite lograr un buen control de la glucemia y evitar complicaciones que resultan ser costosas y terminales.

Con respecto al diagnóstico se puede decir que tiene implicaciones sociales y psicológicas, por lo cual se considera importante su estudio y posterior análisis a partir de tres etapas o dimensiones; la primera de ella es la información o conocimiento, dicho de otro modo, es el primer acercamiento y se puede conocer el tipo de información referente al padecimiento.

La segunda, es el rechazo o aceptación tanto del diagnóstico como de su tratamiento, aquí se encuentran implicaciones psicológicas, ya que se genera diferentes reacciones y emociones en cada persona, esto depende de la cultura particular de cada individuo.

La tercera es la adherencia al tratamiento que es fundamental para el bienestar de la persona, no obstante, se cree que es en esta etapa donde se exige cambios de estilo de vida.

3.1.1 PRIMERA ETAPA: INFORMACIÓN O CONOCIMIENTO

Esta etapa se convierte en el paso más importante porque permite conocer y explorar el cúmulo de conocimientos que domina la persona recién diagnosticada. La mayoría de los informantes seleccionados mencionaron que antes del diagnóstico no tenían conocimiento del padecimiento.

El primer participante cuyo nombre es Jairo, un hombre de 58 años de edad, tiene 17 años de vivir con la condición, explicó que al momento del diagnóstico no tenía idea de lo que era diabetes:

“Yo no sabía qué era diabetes, yo en mi ceguera me di cuenta qué era diabetes”; don Jairo, relató que antes de ser diagnosticado con diabetes tuvo que ser ingresado en el Hospital Nacional Rosales en San Salvador, su ingreso se debió a una operación de urgencia por las cataratas en ambos ojos, esto le provocó ceguera temporal.

Durante el control para la recuperación de su operación fue diagnosticado con diabetes, al inicio le recetaron pastillas, pero debido a no seguir adecuadamente el tratamiento le recetaron insulina:

“Yo dejé de tomar las pastillas que me habían dado de la diabetes, entonces como vi, dejé de tomarlas, ya me recetaron la insulina y ya no eran pastillas, sino que insulina.”

Como se observa, don Jairo al momento de recuperar su vista dejó de tomar el medicamento que le ayudaba a controlar los niveles de glucosa en la sangre, esto provocó una descompensación en su organismo, debido a la alteración se vio en la necesidad de retomar el tratamiento.

Otra persona que relató su experiencia al momento del diagnóstico fue Iracema, en el proceso de ella se hizo presente un síntoma que la alarmó y la hizo asistir a la Unidad de Salud. Este síntoma fue el de cicatrización lenta de una herida: *“A mí me diagnosticaron la diabetes en la Unidad de Salud porque me hice una herida aquí en la mano (se señala la mano izquierda) y nunca se me curaba, ajá... y entonces el doctor Mateo Llord, me dijo que tenía diabetes.”*

Hasta el día de hoy, Iracema tiene 17 años de vivir con la diabetes tipo 2, recibe el tratamiento en el Seguro Social, pero comenta que el conocimiento que tenía sobre la diabetes antes del diagnóstico era nulo: *“¡No!, yo no sabía qué era eso y lo primero que se me vino a la mente es que ya no iba a comer todo lo que comía.”*

Si bien es cierto no tenía un conocimiento del padecimiento que le estaban diagnosticando, se puede decir que tuvo una idea a los cambios que se enfrentaría con la condición.

Renata, es otra de las personas que accedió a proporcionar información sobre su experiencia con el diagnóstico, los síntomas como el orinar frecuentemente y la acantosis nigricans (oscurecimiento del cuello), sirvieron de alarma para que se realizara los exámenes.

El lugar donde ella recibió el diagnóstico fue en Cara Sucia, Ahuachapán, *“Bueno... primeramente yo no tuve ninguna reacción porque yo no sabía lo que era la diabetes, lo que si es que yo cuando ya supe lo que era la diabetes y los síntomas verdad, vaya yo tenía muchos síntomas, pero no sabía nada.”*

Un factor que predomina y se ve reflejado en las conversaciones sobre las experiencias que cada participante ha vivido es la falta de información del padecimiento antes del diagnóstico e incluso después de este proceso aún se conservan dudas y falta de información.

Renata, agrega en relación a los síntomas que percibió: *“Yo tenía ‘orinadera’, se me había ‘negriado’ el cuello, eh... yo hasta con lejía me lavaba por pena decía yo y no, era por la diabetes, tenía 380 cuando me la detectaron.”*

Así como los participantes anteriores, Leonor y Lucrecia, son otras participantes que comparten la misma respuesta; Lucrecia, por su parte experimentó un caso muy particular en donde ella se realizó una serie de exámenes, descubriendo por sí sola el padecimiento:

“Fíjese que a mí no me la diagnosticaron, sino que a mí... yo cuando me sentía demasiado mal que no hallaba qué es lo que tenía, solo pasaba dormida, me agarraba ‘orinadera’, mucha sed y no sabía qué tenía, entonces yo me fui hacer una serie de exámenes y ahí me salió la diabetes, yo me la descubrí.”

Los síntomas que presentó doña Lucrecia, la ayudaron a ponerse en alerta, pero debido a la falta de información esos síntomas fueron confundidos al inicio con una anemia, tal como ella se refirió: *“Fíjese que no, no tenía conocimiento de nada, yo no sabía que tenía porque solo pasaba dormida, yo me imagine que era anemia, pero no, era diabetes.”*

A pesar de compartir el mismo padecimiento y en algunos casos compartir el mismo tipo de diabetes, cada participante tiene su propia experiencia desde el momento que recibe la noticia, asimismo se puede decir que dependiendo de las referencias que se tiene del padecimiento así será la respuesta al proceso.

Por otro lado, la experiencia vivida al momento del diagnóstico por Leonor, es muy distinta a la de los demás, han pasado aproximadamente 16 años de haber recibido la noticia y aún recuerda que el primer diagnóstico lo recibió en la Cruz Roja e incluso señaló que el enojo fue el detonante para que ella se pusiera en un mal estado de salud.

“Bueno, yo agarré una cólera con mi hijo menor porque yo lo tenía haciendo tareas con unas nietas que son de la misma edad, iban al mismo grado”, según explicó doña Leonor su enojo estalló cuando se dio cuenta que su hijo y sus nietas la habían estado engañando, en lugar de hacer sus tareas ellos jugaban “X” “0”.

“Las tareas eran mentiras, entonces yo lo agarre y me dio una cólera, le pegue y hasta que mi esposo llegó y me lo quito porque me enojó que me habían estado mintiendo toda la tarde”, tanto fue su enojo que después de la incómoda situación comenzó a sentirse mal.

“Yo quedé que me hormigueaba el cuerpo, me dolía la cabeza y a la vez como que me iba a caer desmayada”, el incómodo momento provocó que su esposo se disgustara con ella por la forma en como castigó a su hijo y nietas, pero al ver a doña Leonor en un mal estado de salud, el esposo pidió a su hijo mayor que llevara a su mamá a la Cruz Roja, ya en el lugar doña Leonor explicó sus síntomas e inmediatamente:

“Me tomaron el pulso, presión, el corazón y de todo eso estaba bien, después me revisaron bastante, como no me hallaban nada, me preguntaron si era diabética y yo les dije ‘no que yo sepa’”, cuando los miembros de la Cruz Roja le midieron los niveles de glucosa con el glucómetro se llevó la sorpresa que sus niveles estaban arriba de lo normal, marcando 180mg/dl.

“La tenía a 180, a 180 y me estaba muriendo, entonces ahí me dijeron ‘usted es diabética’”; a diferencia de los otros participantes, doña Leonor sí había escuchado de la diabetes antes de ser diagnosticada con el padecimiento, pero afirma no tenía el conocimiento necesario, “Yo solo había oído, no sabía en si qué era lo que causa, complicaciones, ignoraba mucho.”

Para asegurarse del diagnóstico que le dieron los miembros de la Cruz Roja, doña Leonor también fue a la Unidad de Salud donde la remitieron para el Hospital de San Bartolo, lugar donde vivió una mala experiencia.

Después de haber sido remitida de la Unidad de Salud al Hospital, la señora recuerda que el día de la cita se puso muy mal, se sentía helada y no paraba de sudar, la cita estaba programada a las 10 de la mañana, pero paso a la 1 de la tarde y por esperar su turno no fue a almorzar:

“Ese día de la cita yo andaba mal, sudaba y estaba helada, ahora porque yo sé, tenía en ese entonces un bajón, la cita la tenía a las diez y pase a la una, yo no había almorzado.”

Cuando entró al consultorio y la doctora la miró en ese estado se molestó tanto que no quería atenderla, doña Leonor expresó que: *“ese día la doctora bien pésima me dijo que ella no se complicaba la vida con pacientes necios y me dijo que iba a mandar otra vez a medicina general.”*

Si bien es cierto que un médico general está capacitado para manejar diferentes patologías, las personas con diabetes deben ser atendidas por un diabetólogo que es un especialista en atender y tratar a las personas con la condición desde su diagnóstico, tratamiento, prevención y complicaciones.

Al momento de la consulta se encontraban unas estudiantes de medicina con la doctora, ellas le insistieron tanto para que revisara a la señora porque la miraban mal, luego de la insistencia la doctora accedió: *“me tomó la presión y los pulsos del corazón y eso lo tenía bueno y me mandó una carga para un examen de glucosa, y cuando me la tomaron a 20 la tenía.”*

Durante el breve tiempo que estuvo ingresada, la misma doctora le realizó otro chequeo, doña Leonor recordó: *“Ya como a las cuatro de la tarde llego la misma*

doctora a revisarme y a regañarme, me dijo que los diabéticos son necios que no se quieren hacer los exámenes, yo no le respondí nada.”

La señora recibió el alta ese mismo día a las nueve de la noche, su esposo y su hijo fueron por ella al hospital, después de lo sucedido y debido al mal trato que recibió, ella volvió a la Unidad de Salud, pero esta vez para pedir que la remitieran al Hospital Nacional Rosales:

“Con ese trato que me dieron yo volví a ir a la Unidad de Salud y les dije que me remitieran para acá al Rosales y les conté y ya fue que me mandaron para acá”, lugar donde hasta el día de hoy recibe su tratamiento.

Se dice que la diabetes es una enfermedad silenciosa, aunque preferimos referirnos a ella como un padecimiento o condición crónica, los síntomas pueden aparecer de forma gradual o súbitamente.

Con las historias de los participantes anteriores, se observa en algunos casos que los síntomas aparecieron de forma gradual y fueron una alerta para los participantes, de esta forma tomaron la decisión de chequearse para saber el porqué de los síntomas.

Caso contrario a los anteriores es el de Lucas, un hombre de 51 años, quien manifiesta que los síntomas se presentaron de manera súbita; Lucas tiene diabetes tipo 2.

Normalmente, cuando los síntomas se presentan, suelen ser más evidentes en personas con diabetes tipo 1, consiste básicamente en que el organismo no produce insulina, mientras en las personas con diabetes tipo 2, los síntomas suelen progresar muy despacio o pasan desapercibidos.

Según lo expresado por don Lucas, la diabetes se le desarrolló bien rápido, fue cuestión de minutos y horas para sentir los síntomas más comunes que son la

sed y la 'orinadera', él comentó: *“Un día domingo venia de la iglesia en la noche y empecé a sentir síntomas de 'orinadera' y sed, y a tomar mucha agua, yo nunca había prestado el baño y esa vez tuve que prestarlo.”*

Luego de una reunión de liderazgo y transcurrido unos 45 minutos, los síntomas continuaron al día siguiente, incluso empeoró porque al salir de su casa, su vista comenzó a ser defectuosa, al ver borroso le dio miedo y fue a pasar consulta.

“Fui a pasar consulta ya al siguiente día y me dijo la doctora 'hágase un chequeo particular' al siguiente día que me dieron el examen ya me apareció que tenía la glucosa alta, creo que a 280.”

Antes del diagnóstico el cual sucedió en la Unidad de Salud de Soyapango, Lucas no tenía un conocimiento claro del padecimiento, a pesar de tener un familiar cercano: *“tenía ya algo de conocimiento porque mi papá de eso murió, él tenía diabetes.”*

Contrario a los hechos anteriores, nos encontramos con el de Zaida, una señora de 69 años que tiene diabetes tipo 2 desde hace unos 18 años, aunque le agrega cinco años más:

“Alrededor de unos 18 años, 20 años porque ten tenemos un antecedente de cinco a diez años, entonces a mí me la descubrieron en el 2000; tendría 17 pero agréguele cinco son como 22 años, es bastante.”

Al recibir el diagnóstico, cada experiencia es única y particular, el de doña Zaida es otro de esos casos, en ella hubo prevención ya que se realizaba sus chequeos médicos dos veces al año en el policlínico de San Jacinto, todo iba bien hasta que una vez presentó niveles de glucosa por encima de los 126 mg/dl.

“Yo siempre me hacía mis chequeos dos veces al año o una vez al año y todo el tiempo me salía bien, hasta esa vez que me dijo el doctor que ya me había pasado de 126 y que yo era diabética.”

A pesar de poseer cierto conocimiento antes del diagnóstico, ella jamás se imaginó que la llegaría a padecer, e indicó: *“Tenía yo conocimientos, pero nunca pensé que la diabetes fuera tan complicada porque las complicaciones son serias.”*

Asimismo, añadió que tener una hija médico le ayudó mucho, además ella es bióloga, sin embargo, aun así, no sabía exactamente lo que estaba padeciendo: *“Yo no le di mayor importancia porque no sabía exactamente lo que era, sólo sabía que era un trastorno metabólico y que tenía complicaciones, sin embargo, como mi hija es médico me explicó un poco, yo saqué biología, conocía un poco”.*

Otra participante que mencionó tener un poco de conocimiento sobre la diabetes es Adela, una señora de 49 años, a quién hace 8 años le diagnosticaron diabetes en la Unidad de Salud de Zacamil, el tipo de diabetes con el que ella vive es de tipo 2.

El conocimiento previo se debió a que su mamá también vivió con el padecimiento *“Mi mamá era diabética pero sólo sabía yo, que tiene azúcar y hasta ahí, o sabe uno ni nada hasta que uno la tiene.”*

Lo más común es no tener un conocimiento previo, las personas conocen del padecimiento hasta el diagnóstico e incluso los síntomas suelen ser confundidos y en el peor de los casos subestimados.

Si bien es cierto que el momento del diagnóstico es uno de los más importantes por dejar apreciar la percepción de las personas con respecto al padecimiento, no se debe olvidar la siguiente etapa que es el rechazo y la aceptación.

3.1.2 SEGUNDA ETAPA: ACEPTACIÓN O RECHAZO

Dependiendo de la información que manejan las personas sobre el padecimiento, se desencadena una serie de reacciones que se ven reflejadas en la aceptación o el rechazo, tanto del padecimiento como en la adherencia al tratamiento.

Después del diagnóstico y de tener un poco de conocimiento sobre la diabetes porque su mamá también lo llegó a padecer, para Adela, el aceptar el diagnóstico y el tratamiento fue un problema, en un primer momento pensó que se moriría:

“Sí, creo que me afectó, me sentí frustrada más que me habían operado de cáncer de mama en principio de 2003 y cuando me dijeron eso yo dije ‘hoy sí me voy a morir’.”

A pesar de que antes del diagnóstico ella era cuidadosa con los alimentos que ingería y realizaba actividad física, el momento del diagnóstico fue impactante tanto que su percepción de la diabetes fue la muerte.

El motivo por el que Adela aceptó el tratamiento fue por las complicaciones que llegó a presentar, entre las que se pueden mencionar el bajar de peso aceleradamente y la retinopatía diabética.

Según Adela, gracias a sus amigas y a la insistencia de ellas para que fuera a pasar consulta, lo hizo: *“Fui de emergencia a pasar consulta y no me dijeron en cuanto la andaba (la glucosa) y me dijeron que me podía afectar la retina y quedar ciega por completo, prácticamente no veía, tenía sed exagerada, ya no quería engordar, pero la sed siempre y tuve que seguir el tratamiento.”*

Lucas, es otra persona que tenía un poco de conocimiento sobre la condición ya que su papá murió a causa de una complicación de la diabetes, en la actualidad tiene más de 6 años de vivir con la diabetes tipo 2.

Su vida antes del diagnóstico fue despreocupada, no tenía tiempo para realizar actividad física por su trabajo, él es albañil y pensaba que al realizar el trabajo pesado estaba ejercitándose, además:

“Comía bastante, bastante y era gordo, no hacía ejercicio sólo trabajo pesado, mi desayuno eran tres tortillas, pan francés, pan dulce y café con azúcar, el almuerzo siempre tres tortillas y medio litro de Coca Cola.”

Cuando le diagnosticaron la diabetes en la Unidad de Salud de Soyapango, él pesaba 184 libras y presentaba los síntomas más comunes de la condición; Lucas también tuvo problemas al aceptar el diagnóstico y tratamiento, pensó que era algo pasajero, que al desaparecer los síntomas también pasaría lo mismo con la diabetes:

“Al principio sí (tuve problemas) no creía que fuera a desarrollarse porque pensé que era pasajero... porque este vaya, yo creí que la diabetes era por cuestiones de estrés o algo así.”

En muchos casos los síntomas han sido alarma y sugerencia de una anomalía en la salud de las personas y el buscar alivio a estos síntomas han sido motivo para aceptar el diagnóstico y el tratamiento.

Don Jairo, fue operado por las cataratas en los ojos, él mencionó que antes del diagnóstico no sabía nada de la diabetes, parte del conocimiento lo adquirió después de la operación. Cuando le dieron a conocer el diagnóstico, su rechazo fue por la preocupación que le supuso vivir con la condición, pero sobre todo señaló:

“Pues me afligí porque en ese tiempo me diagnosticaron diabetes estaba ciego, pero yo quedé ciego por las cataratas”; además agrega que otro de los problemas que tuvo al aceptar el tratamiento fue por la carga que sentía iba a representar a su familia, en especial a su esposa, *“Me dije yo que púchica,*

después de que trabajé mucho y pues si uno de joven se preocupa por tener y mantener el hogar y uno así ya enfermo, yo sentí que dije ¿cómo voy a hacer?.”

Al momento del diagnóstico don Jairo tuvo muchas dudas las cuales no le permitían aceptar su nueva condición, entre las ya mencionadas se sumaba otra más, no sabía cómo se tenía que inyectar insulina y en ese momento no podía aprender porque se encontraba recién operado de ambos ojos.

La solución de don Jairo fue buscar una enfermera que le ayudara a su esposa aprender a inyectarlo: *“Bueno dije yo, ‘¿quién me va a inyectar la insulina?’, preocupado yo, cuando de aquí me dieron el alta va, entonces le dije yo a mi esposa: ‘hay que buscar alguien allá, una enfermera que me ponga la insulina’”,* y siguió agregando:

“Todo el tiempo que yo pasé ciego, mi esposa me inyectaba, ella aprendió después de que una enfermera vecina de allá, una semana completa me inyectó la muchacha y después de ella, mi esposa me inyectaba”; don Jairo manifestó que no sabía si su esposa al momento de inyectarlo, lo hacía bien o mal pero después que recuperó la vista el mismo se inyectaba.

Otra experiencia que es necesario describir es la de doña Iracema una señora de 66 años, lleva 17 años viviendo con la diabetes tipo 2, al momento del diagnóstico, ella pensó que ya no iba a comer todo lo que estaba acostumbrada.

El rechazo al tratamiento se dio cuando ella empezó a tomar el medicamento recetado, las pastillas que el médico le dejó para controlar sus niveles de glucosa le provocaban efectos secundarios: *“No, no, es que no me caían bien (las pastillas) porque de primero sólo pasaba mala del estómago, un ardor que me daba aquí, en esto de aquí (se toca el abdomen), pero ya después, quizás ya me fui acostumbrando.”*

Al inicio su rechazo al tratamiento se debió a los malestares que le generaba el medicamento, sin embargo, ella siempre se lo tomaba, hasta que llegar a acostumbrarse.

Para Zaida, que tiene 22 años con la afectación, el diagnóstico fue sorpresivo porque siempre se realizaba sus chequeos una vez al año, la razón de su rechazo ocurrió, porque ella no sabía, que algún miembro de su familia hubiese padecido diabetes antes.

Al conocer su condición le surgieron muchas dudas, para estar segura del diagnóstico se sometió a un examen de tolerancia a la glucosa, con el fin de tener certeza del padecimiento.

Esta prueba sirve para observar o en todo caso mostrar cómo el cuerpo usa la glucosa en un intervalo de tiempo que puede ser de 30 minutos hasta 3 horas, durante ese tiempo se le toma muestras de sangre cada 30 minutos o 60 minutos a la persona.

Si esos niveles son superiores a los 200 mg/dl quiere decir que la persona sí tiene diabetes, Doña Zaida relató su experiencia:

“Me dijo el doctor ‘para sacarla de duda vamos a hacerle la prueba de tolerancia’ y fue que me hicieron esa prueba, sacan primero sangre, después dan una sustancia bien cargada de azúcar y tiene que chupar uno limón porque es demasiada azúcar y después sólo están tomando exámenes de cómo va saliendo la glucosa, sí ya al final me salió que sí era diabética.”

Si bien es cierto que la prueba sirvió para confirmar el primer diagnóstico, a doña Zaida le fue difícil aceptarlo y comprender lo que le ocurría, mencionó que después de la prueba que confirmó lo que ella dudaba, lo aceptó en cierta forma:

“Ahí sí ya acepté en cierta forma porque uno cuando le dicen el diagnóstico siempre dice ‘no puede ser’ y más si no hay nadie en la familia, pero habían varios factores por lo cual se me desencadenó la diabetes, pues realmente no sé yo si mis ancestros tenían, por la rama de mi papá oigo decir que las primas de él tenían diabetes, pero hasta ahí nomás, pero mi mamá, papá, nada completamente”.

Así como se encuentran algunas personas que les ha sido difícil aceptar el diagnóstico y tratamiento, también se encuentran personas que dicen haberlo aceptado con normalidad, este es el caso de Renata, Leonor, Lucrecia y Paola.

En el caso de Renata, desde hace 13 años le diagnosticaron diabetes tipo 2, comentó que antes del diagnóstico desconocía del padecimiento, la falta de información, ocasionó que ella no se preocupara y no tuviera una reacción negativa ante el diagnóstico:

“Bueno, primeramente, yo no tuve ninguna reacción porque yo no sabía lo que era la diabetes”, y continuó explicando: “en sí, yo nunca he tenido una reacción negativa, no, no, no, no para mí es de cuidarme y mantener los niveles porque ahora yo estoy, eh... con los niveles normales.”

Así como Renata, encontramos a doña Leonor, quien acepta que al momento del diagnóstico ignoraba mucho las causas y complicaciones del padecimiento, relató que al momento del diagnóstico: *“Hay gente que se pone a llorar, cuando me dijeron ‘es diabética’, yo no sentí aflicción”*; además hace énfasis que no le brindaron mayor información de la condición, ni de los medicamentos que le estaban recetando.

Al no estar consciente del padecimiento, doña Leonor afirma que tuvo problemas con el horario de los medicamentos porque los tomaba como si fuesen acetaminofén.

Además, aseguró: *“Por lo menos en un inicio, en el diagnóstico como no me dieron mayor información, yo seguía igual, comiendo lo mismo”*, tanto antes como después del diagnóstico la falta de información persiste.

En el caso de Lucrecia, curiosamente los síntomas de diabetes tipo 2 se llegó a confundir con anemia. Se realizó por iniciativa propia una serie de exámenes que confirmaron el diagnóstico, ella comenta que al no tener conocimiento lo vio con total normalidad.

Han pasado 17 años desde que descubrió la condición con la cual ha vivido desde ese momento y aún recuerda que tuvo información del padecimiento desde que empezó a ir a la filial de ASADI en el Hospital Nacional Rosales, actualmente recibe su control y tratamiento médico en el Hospital Central del Seguro Social, en San Salvador.

Cuando se indagó sobre las reacciones al diagnóstico, se detectó que no le afectó en gran manera, ya que desconocía de la situación y por ende no tuvo problemas para aceptar el tratamiento: *“No, fíjese que no, lo vi como algo normal”*, cita en referencia a su aceptación o rechazo.

En el caso de Paola, no recuerda mucho de tener un conocimiento previo al diagnóstico e incluso no recuerda su reacción o los problemas al aceptar o rechazar el padecimiento.

Siendo una niña de ocho años de edad, le diagnosticaron diabetes tipo 1 en el Hospital de Niños Benjamín Bloom (HNBB), con 30 años de vida y 22 de ellos viviendo con el padecimiento, ha tenido que inyectarse insulina durante esos años y aún lo sigue haciendo.

El hecho de haber sido diagnosticada cuando ella era una niña, ha tenido su beneficio, porque le evitó reacciones emocionales como a los adultos que

tienen una conciencia más clara sobre una condición crónica, *“como era chiquita no me acuerdo... empecé a sentir los síntomas como a los ocho años.”*

Añadiendo que su vida después tuvo cambios significativos, pero ella no lo recuerda con claridad: *“Al principio me debió haber costado porque uno de chiquito no sabe, si le dan dulces se los come, como no sabe nada.”*

Nadie está preparado para recibir una noticia de este tipo e incluso se maneja poca información y en el peor de los casos no se sabe nada del padecimiento, sus síntomas, evolución, prevención y complicaciones.

Al aceptar el padecimiento, la persona acepta que su vida tendrá un cambio, no se trata de resignación sino más bien se prefiere mencionar que es una etapa donde la persona está consciente de su nueva condición de vida.

3.1.3 TERCERA ETAPA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Esta etapa es muy importante ya que se requiere de la disposición y participación de quien padece la diabetes, siendo la persona con la condición la protagonista al darle importancia al cumplimiento de las prescripciones médicas.

Después de un proceso de aceptación al padecimiento se inicia otro proceso más, el cual dura toda la vida, y es la adherencia al tratamiento que básicamente que las personas siguen los consejos y sugerencias del personal médico para controlar el padecimiento.

En este punto se inicia relatando la experiencia de doña Zaida, con la adherencia al tratamiento, antes del diagnóstico ella tenía conocimiento, pero nunca pensó que fuera a padecer diabetes tipo 2, actualmente recibe su tratamiento y control en el ISSS.

Al momento del diagnóstico se hicieron presentes las dudas y rechazo porque ni su mamá y ni su papá habían padecido enfermedades crónicas, aunque ella es bióloga no tenía mucho conocimiento de la diabetes, sin embargo, doña Zaida relató que para saber con exactitud lo que era la diabetes fue donde el médico especialista.

“Fui donde el doctor Cerritos para que me terminará de confirmar qué era la diabetes y sí, él me dijo y me hizo una broma, que esa enfermedad era bonita porque iba a vivir el tiempo que yo quiera, y me dijo ‘si te cuidas vas a vivir bastante tiempo, si no te cuidas vas a durar menos y si te cuidas no vas a llegar a complicaciones’, entonces seguí tomando la misma medicina que me daban en el Seguro.”

Aunque doña Zaida aceptó el diagnóstico y el tratamiento que conlleva para su bienestar, estar adherida al tratamiento ha sido difícil por los efectos secundarios que produce el medicamento, especialmente la Metformina.

Entre los efectos secundarios que produce el tomar Metformina se encuentran los problemas gastrointestinales como la diarrea, náuseas, falta de apetito, dolor estomacal y vómitos. Estos efectos que fueron sufridos por Zaida, ocasionando que por momentos ella se rehusara a seguir con el tratamiento: *“Yo caí en una crisis que no me hallaban qué era, me tomaba en ese tiempo tres Metforminas diarias, yo empecé a no tolerarlas, diarreas constantes, bajé de peso.”*

Justo en ese tiempo ella se había jubilado y en el Seguro no encontraban la razón de sus malestares e incluso le hicieron saber, que los síntomas que presentaba posiblemente eran por un cáncer en el estómago.

Ese diagnóstico la alarmó, tanto que según explicó doña Zaida, paso consulta con todos los especialistas que conocía y aun así no mejoraba, sólo pasaba

acostada y sin apetito, hasta que la llevaron a un chequeo con un endocrinólogo.

La evaluación del especialista le confirmó su intolerancia a la Metformina: *“el doctor me chequeó la sangre, en ese momento me acuerdo que la andaba como en 165, no era tan alta pero la andaba alta en ese entonces, dijo él que yo ya no toleraba la pastilla y yo tenía que cambiarme a insulina.”*

El cambio al que se enfrentaba fue difícil para doña Zaida, estar adherida al tratamiento con pastillas fue algo que aceptó sin ningún problema, contrario al tratamiento con insulina: *“a mí me agarró la llorona porque yo no sabía nada de la insulina, sólo sabía de las pastillas orales, pero de la insulina no sabía nada.”*

Doña Zaida detalló la razón por la cual se rehusaba al tratamiento con insulina, *“Entonces, ahí está lo de los mitos de la insulina sobre todo de eso que es porque las personas ya están en la última etapa de la enfermedad, que ya se van a morir.”* La falta de información así como los mitos giran alrededor de la insulina y del padecimiento influyen para poder apegarse al tratamiento asignado por el médico.

Así como ella hay muchas personas que tienen miedo de adherirse al tratamiento con inyecciones de insulina, porque se piensan que se encuentran en una etapa terminal, se asocia el uso de la insulina a un estado grave de salud.

Finalmente, aceptó el tratamiento de insulina y afirmó: *“Yo cuento ese testimonio que para mí, la insulina fue vida, porque desde la primera inyección que me puse mi hija me llevo donde la enfermera, pero gracias a Dios, yo me la puse porque aprendí a inyectar y ya con la primera dosis ya pude comer.”*

El siguiente caso pertenece a Iracema, fue diagnosticada con diabetes tipo 2, sus controles y tratamiento los recibía en el Hospital Nacional Rosales, pero por

petición de su esposo hoy los recibe en el ISSS, esto lo ha hecho para aprovechar los beneficios de estar asegurada.

Uno de los problemas que ha tenido doña Iracema al seguir el tratamiento, es el medicamento oral y los efectos secundarios que estos le producen, en su solamente consume Metformina y Glibenclamida.

Entre los efectos que ella ha percibido, se encuentran los problemas gastrointestinales: *“¡Ay sí! no, no, no, es que no me caían bien (las pastillas), porque de primero sólo pasaba mala del estómago, un ardor que me daba aquí en esto de aquí (se toca el abdomen) pero ya después quizás ya me fui acostumbrando y ya no, hay veces que sí me agarra ardor en la boca del estómago cuando me tomó la pastilla grandota. (Metformina)”*

A pesar de los problemas a los que se ha enfrentado en el tratamiento, doña Iracema aún sigue adherida a este, su motivación es gozar de bienestar y no desarrollar complicaciones: *“Bueno pues, sí uno debe de tener dieta y seguir el tratamiento.”*

La situación de Jairo es diferente al de los participantes anteriores, él al igual que ellas, padece de diabetes tipo 2, pero por no seguir el tratamiento de manera adecuada, ahora ya se tiene que inyectar insulina.

Un terrible dolor de cabeza y síntomas de derrame provocaron la emergencia que hizo estuviera ingresado por 8 días en el hospital de San Bartolo y luego remitido al HNR, fue ahí donde le recetaron la insulina:

“Bueno yo tengo 17 años de tener diabetes, bueno, aunque tengo 10 años de estarme inyectando porque de primero me dieron pastillas va, yo dejé de tomarme la pastilla porque dije yo ‘¡ay! me aburrí de tomar pastillas.’”

Además, agregó: *“pase 8 días aquí internado y ahí fue cuando me pusieron ya la insulina, desde entonces yo ya no probé pastillas, sólo la insulina, la dosis que me han dejado a mí.”*

Hoy en día don Jairo esta adherido al tratamiento y se inyecta dos veces al día, una vez por la mañana y la segunda por la tarde, *“en la mañana me pongo 12 unidades ¡no! Este... son 22 unidades que me pongo en la mañana y son 12 en la noche, y yo siento que ahorita tengo normal la sangre, la azúcar, las funciones de mi cuerpo va.”*

Uno de los miedos de don Jairo era el grosor de la jeringa, pero mencionó que hace todo lo posible por comprar la jeringa adecuada, además señaló que ha aprendido a medir las unidades que debe inyectarse, dijo: *“Yo ocupo (insulina de la) lenta, la rápida me la quitaron porque me dijo el doctor que ya no era necesario la rápida que era mejor la lenta y me dijo la cantidad que me tenía que estar poniendo de insulina.”*

Luego del alta médica él y su esposa buscaron a una persona para lo que inyectara, posteriormente su esposa aprendió a hacerlo, hasta que una vez él tomó el valor de inyectarse y afirma que se dijo a sí mismo: *“¡ah no!, dije, voy a empezar a puyarme yo solito”*, y hoy él es quien se inyecta las unidades respectivas en la mañana y en la tarde.

En el caso de Adela, el tratamiento le resultó difícil al inicio, cuando le dieron el diagnóstico de diabetes ella pensó que se moriría porque recién la habían operado de cáncer de mama, además ella padece hipertiroidismo y es operada de la tiroides.

Según comentó Adela, en sus controles con la tiroides tenía problemas ya que cada vez que iba a consulta pesaba 2 libras más lo que hizo que se conformará con ser siempre “gordita”, pero de repente empezó a perder peso, eso la alegro

mucho, su deseo se estaba cumpliendo, pero a la misma vez su salud se estaba agravando, *“no miraba bien, veía empañadísimo, empecé a bajar de peso aceleradamente y yo como siempre había querido bajar de peso y yo feliz.”*

Las complicaciones que estaba presentando hicieron que tomará la decisión de adherirse al tratamiento, aunque señala y resiente que el personal médico no le explicó y brindó la información necesaria:

“Lo malo de esto es que lo ponen en tratamiento y sólo le dicen no coma dulces, no coma pan dulce y no explican a uno todo, aquí está tu medicina y uno se va para la casa con el montón de pastillas y uno piensa que sólo así es el tratamiento, pero no.”

Otro caso que es conveniente de mencionar es el de don Lucas, él también tuvo problemas para apegarse al tratamiento médico porque en un primer momento pensó que la diabetes sería pasajera *“pensé que era pasajero porque este vaya, yo creí que la diabetes era por cuestiones de estrés o algo así”*, eso y todos los síntomas que había tenido lo motivaron a aceptar el tratamiento.

Luego de un chequeo particular en donde se confirmó que padecía de diabetes tipo 2, accedió al tratamiento, después de tres meses siguiendo las indicaciones médicas, empezó a ver mejoras, ya controlado, los síntomas disminuyeron.

Don Lucas señaló que: *“Quizá a los 3 meses ya me había controlado porque ya se había quitado esa orinadera, me puse a dieta va, pero esteee... yo ya había empezado a rebajar porque antes pesaba 184 libras, ya en tratamiento empecé a comer normal y empecé a recuperar porque estaba bien delgado.”*

Cuando él comenzó a ver su recuperación y empezó a sentirse mejor dejó de tomar los medicamentos durante un año, al sentir de nuevo los síntomas volvió al tratamiento médico farmacológico.

Lucrecia a pesar de no tener un conocimiento de la diabetes antes de su diagnóstico, no tuvo problemas al aceptar el tratamiento. El motivo por el que aceptó el tratamiento fue: *“para mantenerme sana”*, y aunque acepta que en alguna ocasión ha hecho uso de remedios o bebidas naturales *“siempre he estado en tratamiento con doctores.”*

Otro caso es el de doña Leonor a quién le diagnosticaron diabetes tipo 2 a la edad de 52 años, seguir el tratamiento no fue para ella ningún problema, el único problema que tuvo fue la falta de información por parte del médico.

Los medicamentos que le recetaron fueron Glibenclamida y Metformina que ella tomaba como un medicamento normal: *“cuando me dijeron que me tomara el medicamento, una Glibenclamida en la mañana y en la noche, y una Metformina en la mañana y en la noche, lo tomé como que me dijeran, que tomará un medicamento normal como una acetaminofén o una ibuprofeno.”*

La falta de información tanto del padecimiento como del tratamiento provocó que muchas veces la señora sufriera hipoglucemias, *“como no me dieron mayor información, yo seguía igual, comiendo lo mismo, pan dulce, comiendo igual, incluso tuve varios bajones porque no me dieron una explicación de los medicamentos, que eran media hora antes de comer, total que yo me la tomaba a cualquier hora en la mañana, entonces muchas veces yo andaba bajones, pero no sabía qué era eso.”*

Así como el caso de doña Leonor, hay muchos más, dado que se han llegado a sentir incomprendidas por el personal médico. Hasta cierto punto el éxito o eficacia del tratamiento se debe a la participación de la persona, pero la comunicación médico-paciente se torna importante debido a que el tratamiento es prolongado, ante esto doña Leonor continuó explicando:

“Los bajones yo los experimenté y el médico nunca me dijo nada, lo que me decía nomás era que estaba gorda, que rebajará.”

Al no estar satisfecha con el trabajo del médico, la señora Leonor, decidió buscar otras opciones y comenzó a asistir a la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), al seguir el tratamiento que le proporcionaron en este lugar, ella comenzó a observar cambios y por un tiempo dejó de tomar pastillas.

La Metformina se la recetaron nuevamente porque después de desayunar sufre de hipoglucemia *“Hasta ahora que me han dejado nuevamente la mitad de la Metformina porque después de comer, la glucosa tiene que subir y a mí se me baja, me salía 94l en ayunas, ya cuando comía a 84, entonces por eso me han vuelto a poner la mitad para regular eso.”*

Se puede decir que Doña Leonor es fiel al tratamiento médico porque según nos asegura en ninguna ocasión se ha auto-medicado *“yo me tomé los medicamentos como me lo deja el médico.”*

3.2 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y AUTOCUIDADO

Las concepciones del cuerpo que las personas tienen, no fueron expresadas específicamente, pero al buscar en el desarrollo de la conversación es posible determinar que tienen valoraciones muy particulares sobre este tema y que estas son diferentes a las de otros que no padecen diabetes.

Es muy claro que el grupo otorga gran importancia al cuidado de su cuerpo y dirige todos sus esfuerzos a mantenerlo en las mejores condiciones, un ejemplo de lo anterior es que tienen plena conciencia que mantener los niveles de glucosa “normales” es en lo que debe esforzarse cada día de su vida, porque de eso depende su buena salud y no tener que depender físicamente de la ayuda de otras personas.

Algo importante que fue posible descubrir, es que ellos (personas con diabetes), mantienen mucho temor de perder sus miembros inferiores al ser afectados por la Neuropatía, que es una complicación de la diabetes muy común, que empieza por la pérdida de sensibilidad, porque los nervios se van dañando con la glucosa elevada.

Al no tener sensibilidad en los pies es común que hayan ampollas, heridas, hongos, callos que pasan desapercibidos, si el paciente no revisa sus pies diariamente como se enseña en los talleres, lamentablemente es posible que termine en una amputación.

Adela, al responder a la interrogante de *¿si sabe cómo debe cuidar su cuerpo por su condición de diabética?*, manifestó: *“Sí, siempre he tratado de cuidarme, los pies todo y los riñones eso si me tenía bien preocupada, en el hospital...”*

Paola, de 30 años, indicó: *“Sí todo lo reconozco y sé cómo cuidarme, porque todo se lo enseñan a uno”*; en el caso de Iracema dijo: *“sí este, yo me cuido las manos de cualquier herida, los pies me los cuido, las uñas, todo, me echo cosas así (crema corporal)...”*

Todo indica que el temor presente obliga a las personas que padecen diabetes a estar muy atenta a las señales que les manda su cuerpo, a reconocer estas señales y hacerles frente, bajando el nivel de la glucosa.

Se despierta la conciencia que les sirve de termómetro para reconocer que algo anda mal. En muchas ocasiones se dan complicaciones porque se ha abandonado el tratamiento y la alimentación asignada por el médico.

TENGO DIABETES. ¿ENFERMEDAD O PADECIMIENTO?

Para Jodelet, las representaciones sociales son procesos y productos de una construcción mental y social de su realidad (Jodelet, 1986: 474). A partir del conocimiento adquirido en la formación diabetológica los usuarios se han

trazado una meta, la de entender su padecimiento, vivir con este, pero sobre todo llevar una vida parecida al resto de la sociedad.

Los usuarios de la ASADI, con el paso del tiempo han logrado consolidarse como un grupo, se auto-identifican y son identificados por otros, trascendiendo del grupo de personas diabéticas de El Salvador, al grupo de personas que tienen una condición, la conocen y que adoptan un nuevo estilo de vida.

Se ha creado al interior del grupo de usuarios, con valores y normas que lo regulan, que tienen sus propios códigos de información y que los distancia del resto de individuos, que no tienen conocimiento de la condición que le aqueja.

Al preguntar entre los usuarios, qué entienden ellos por Diabetes, la mayor parte responde casi de manera espontánea que: *“Es un padecimiento, una condición, una nueva forma de vivir, es una deficiencia del cuerpo, es algo que tengo que cuidarme porque si no me voy a poner mal”*. Algunos recalcaron: *“para mí no es una enfermedad.”*

Las respuestas anteriores, dejan claro mensaje que estas personas han pasado por un proceso de educación-aprendizaje que ha cumplido su objetivo, todo conocimiento empodera y prepara, y eso es lo que ha sucedido con el grupo de usuarios, su forma de pensar es diferente a antes de formarse., pero al avanzar en las conversaciones formales e informales se obtiene otro panorama de ese discurso que sale de sus bocas y que en algunas ocasiones parece no entenderse por completo.

El tratamiento de la diabetes no solo es farmacológico, para que la persona tenga un buen control del padecimiento, debe de incluir cinco pilares esenciales: el primero de ellos es la educación diabetológica que es donde se adquieren conocimientos, técnicas y habilidades que ayudan a las personas a modificar sus hábitos para mejorar la calidad de vida.

Uno de los objetivos principales de la educación diabetológica es capacitar a las personas con la condición para que asuma el control del padecimiento, generando responsabilidad y autocuidado, esto la convierte en una herramienta para la prevención de complicaciones y futuros casos de personas con diabetes.

El segundo de ellos es la alimentación, se debe de tener un plan alimenticio riguroso sano y balanceado que le permita tener el control no sólo de la glucosa sino también del colesterol y triglicéridos.

El tercero es la actividad física que muchas veces es ignorada, pero contiene beneficios al ayudar a mejorar el estado físico y mental en las personas, además de controlar varios problemas de salud. En el caso de la diabetes, el ejercicio disminuye la glucosa en la sangre de varias maneras, una de ellas es aumentando la sensibilidad del cuerpo.

En los últimos años la educación diabetológica se ha convertido en parte esencial y en uno de los pilares del tratamiento contra la diabetes, el objetivo principal es el capacitar a la persona con la condición para que asuma el control del padecimiento, convirtiéndose en una herramienta para la prevención.

En ASADI, lugar donde se ha realizado la investigación, se llevan a cabo charlas educativas enfocadas en temas correspondientes a la diabetes, los encargados de impartir estos cursos son licenciados en educación diabetológica.

La mayoría de los educadores con los que cuenta la asociación, manifiestan que esta condición es cara y los factores que más influyen para su aparición y complicaciones son la ignorancia y la pobreza.

Durante un taller educativo, impartido el 21 de marzo de 2015, el tema que se trató fue sobre “La importancia de la salud”, el educador a cargo de la charla

expuso que “La promoción de la salud es una estrategia en donde se proporciona a la población herramientas para el cambio al cual se enfrentan” (Educador, 2015); también señaló la diferencia que existe entre información y educación, considerando que la primera se vincula con la moda y la segunda más bien es una intervención y una forma de sensibilizar.

Para los educadores de ASADI, la educación es un proceso de muchos años y los buenos resultados se ven reflejados cuando las personas mejoran su calidad de vida, ya que aprenden destrezas que les ayudan a sobrellevar el padecimiento.

Además, se alegó que: “Los que llegan a tener una educación en diabetes tienen una ventaja de percibir cambios y alteraciones en sus medicamentos” (Educadora, 2015); temas como por ejemplo: la nefropatía, la hipertensión, los medicamentos, alimentación saludable, retinopatía, neuropatía, son algunos de los contenidos que se desarrollan.

Durante una de las muchas visitas a los talleres educativos se mencionó, que la diabetes no respeta edad y se convierte en una forma de vida, es por eso que se les recalcó a los asistentes que debían de estar preparados y educados para vivir con la condición porque “Con ella ustedes comen, juegan, duermen, la diabetes es su amiga, ustedes tienen que ser amigos y no enemigos.” (Educador, 2017)

Según el sistema educativo que se maneja en ASADI, la prevención de diabetes consta de 3 niveles; la primera, tiene como objetivo evitar la iniciación; la segunda, comprende los esfuerzos para controlar el padecimiento y el tercero es dirigido a las personas en quienes ya se han desarrollado complicaciones.

Para la asociación, la educación es la base de un buen control, pero las personas no se deben de olvidar que es necesario tener disciplina e incluir los

medicamentos, la alimentación y el ejercicio dentro del cuidado, sin embargo, están conscientes que: “Los diabéticos pueden ser educados si ellos quieren y aceptan su condición.” (Educador, 2017)

Dentro del tema de la aceptación, un 29 de agosto de 2016, el doctor encargado de dirigir el taller, mencionó que son las mismas personas las que deben de velar por su salud, debido a la expresión del médico se tuvo la intervención de una de las asistentes, indicando: “Yo sé que no debo de descuidar mi diabetes, pero muchos venimos aquí (ASADI) y muchos hacemos lo contrario.” (Zaida, 2016)

Luego de la intervención, el médico siguió explicando que existen etapas de aceptación que son asociadas con la psicología, las etapas por las que pasa una persona para aceptar el tratamiento, van en el siguiente orden, según lo expuesto por el galeno: negociación, rebeldía, depresión, negociación y finalmente se llega a la aceptación.

Aprender a vivir con este padecimiento que conlleva cambios, es otro contenido que se desarrolla en la asociación, dentro de esos cambios se tocan los temas de tratamiento farmacológico, alimentación, autocuidado y prevención.

Respecto al tratamiento farmacológico, en la asociación se hace hincapié que no se permite la utilización de medicina natural porque se percibe como charlatanería y engaño, ya que hasta el momento la diabetes no puede ser curada, solamente controlada a través de medicina tradicional o lo que ellos llaman “las estudiadas.”

En los últimos años han surgido una serie de tratamientos que afirman curar la diabetes, el más mencionado y el que más dudas causa a los asociados es el de células madres, pero el médico aconsejaba: “*En países de primer mundo aún no se han comprobado los efectos de células madres, actualmente se*

promueve como una cura, pero eso debe de tener efectos positivos o negativos.” (Médico endocrinólogo, 2016)

En las charlas educativas se enseña la clase de medicamentos que existen para tratar el padecimiento, ya que no sólo consta de la insulina, según el educador, existen medicamentos que ayudan a la secreción de insulina, encontrando a la Glibenclamida, Glimipiride, Glicazida y Gliburide; y en los Insulinosensibilizantes, la Metformina y Clitazonas.

Si bien es cierto que el tratamiento no consta sólo de la insulina, se puede decir que es el más conocido, esta hormona se utiliza más que todo en personas con diabetes tipo 1, según los educadores, la insulina animal (porcina) ha sido reemplazada por insulina humana, pero en laboratorios especializados se ha venido analizando y mejorando, hasta conseguir la insulina análoga que es la más potente pero la más cara.

Tanto las personas que asisten a los talleres como el personal de ASADI, manifestaron que muchas veces en los hospitales no dan la insulina adecuada, afirmando que a nivel de Hospitales Nacionales no se maneja la insulina análoga, es por ello que se llega a decir que “la enfermedad es de ricos porque sí se gasta mucho dinero.” (Usuaría de ASADI central, 2015)

A las personas también se les hace comprender que cada una de ellas son diferentes y por ende la forma en cómo trabaja su cuerpo también lo es, por tanto: “Cada tratamiento es individualizado y depende de cada paciente”, la frase se da en relación a la comparación que realizan los asociados con las unidades de insulina que cada uno se inyecta a pesar de tener el mismo tipo de diabetes.

Otra tarea que tienen los educadores es el de desechar a través de las charlas, todo tipo de mitos o creencias con los que llega la persona, en este caso y

según la educadora: *“Los sustos, enojos o miedo pueden desenmascarar este proceso, pero no hay diabetes por esto, más bien se encuentran factores como el estrés, obesidad y la alimentación.”* (Educador, 2014)

Según los educadores es muy recurrente que las personas expresen que a causa de las emociones sufren hiper o hipoglucemias, si bien es cierto las emociones son influyentes, no llegan a generar el impacto que las personas dicen sentir, para el educador *“las emociones sí influyen, pero no es la gran cosa, solo hace que suba un poquito la glucosa, pero no la eleva tanto.”* (Educador, 2014)

A parte de desechar este tipo de mitos, el educador también se encarga de enseñar a todos aquellos que quieren aprender la forma correcta de inyectarse: *“Muchos no saben cómo inyectarse y manipular el medicamento, por eso dicen que no les hace efecto la insulina, pero es porque no se están inyectando bien o dejan burbujas y eso crea aire.”* (Educadora, 2014)

Es por ello que durante los talleres y cuando se tocaba el tema de la insulina, se llamaba a voluntarios para que se inyectaran y perdieran el miedo de sentir dolor por la jeringa, también se les pedía formaran grupos, para que las personas que no se inyectan aprendieran más del proceso, desde la manipulación de la jeringa, el algodón, el alcohol, hasta cómo contar las unidades en dos jeringas diferentes y cómo combinar las insulinas cuando el tratamiento así lo requiere.

El apoyo tanto familiar como de los pares, es decir, personas con la misma condición, fueron desarrollados, la educadora mencionó que *“si en una casa hay una persona diabética, todos son diabéticos porque tiene que haber apoyo dentro de la familia y apoyar al miembro con diabetes.”* (Educadora, 2017)

Dentro de la asociación y en cada taller se hace énfasis que los talleres no solo son para personas con diabetes, también pueden acudir sus familiares para tomar conciencia y sensibilizarse ante este problema de salud, pese al llamado, los asistentes y personal de ASADI resiente la falta de apoyo de parte de sus familias.

Una usuaria opinó que asistía sin compañía porque *“A mis hijos no les gusta venir porque dicen que se aburren”*; en otro caso, la educadora mencionó con desanimo que *“Los padres solo dejan a los jóvenes en el taller y ellos se van, en lugar de quedarse a apoyar a su hijo y aprender ellos también.”* (Educadora, 2015)

Al tratar el tema de la educación diabetológica con las personas que accedieron a proporcionar información, indicaron que asistir a los talleres les ayudaba mucho porque había información que los doctores no proporcionaban en las Unidades de Salud y Hospitales Nacionales.

Para Iracema, quien se dio cuenta de la existencia de ASADI por medio de la Unidad de Salud de la Zacamil, afirmó *“Bueno, aquí me han tratado bien en ASADI, no tengo porque quejarme porque aquí lo tratan bien a uno.”*

La señora mencionó que solo asiste a los talleres que se imparten en las instalaciones del Hospital Nacional Rosales, agregando: *“Yo me he beneficiado bien, bien porque he aprendido a comer y la educación, a hacer ejercicio, todo eso he aprendido aquí.”*

Los educadores en su sistema educativo, agregan que preparan a la persona o eso es lo que se pretende ya que, en el sistema nacional de salud, las citas son muy prolongadas, por ende, las personas pasan hasta 3 meses sin visitar al médico y durante ese tiempo deben de utilizar las herramientas y estrategias que se le han proporcionado, una de ellas es el autocuidado.

Técnicas como la revisión de pies y manos, utilizar calcetines blancos para darse cuenta de heridas en los pies en el caso de las personas que han perdido la sensibilidad a causa de la neuropatía son algunas de las indicaciones que dan tanto los educadores como los médicos.

Doña Zaida, indicó que ella realiza el autocuidado y pone en práctica lo que ha aprendido en los talleres: *“Mis pies, yo tengo quien me les corte las uñas, me hagan masaje, me los revisan [...] uno tiene que estar alerta al cuidado de su cuerpo, cualquier cosita que salga, uno tiene que estar alerta e ir a consultar, no dejar pasar el tiempo.”*

En los talleres, los educadores siempre aconsejan a las personas a visitar un podólogo, que es un especialista en el cuidado del pie, las personas con diabetes deben tener cuidado al cortarse las uñas o al retirar lo que se conoce como ‘uñero’, muchas veces no llegan a tener cuidado, llegando a desarrollar complicaciones como úlceras diabéticas que al no tratarlas a tiempo puede terminar en amputación.

Doña Zaida intervenía en uno de los talleres y explicaba que el cuidado que ella tiene con sus pies es *“Antes de dormir me los lavo con agua tibia y jabón, en las partes que no alcanzo a ver ahí utilizo el espejo, también me pongo mi crema para humectar los pies, yo ocupo Goicochea.”*

Adela que es otra de las participantes, tiene 2 años de asistir a los talleres educativos: *“Me ha ayudado mucho porque ahí hay diabetólogos, hay personas que lo aconsejan a uno y lo ayudan mucho, es muy buena la ayuda, ¡bastante!, porque hay cosas que uno no sabe y ahí le enseñan.”*

En ASADI, los educadores enseñan a las personas los niveles de glucosa que deben de tener antes y después de comer, algunos de los asociados tienen el privilegio de poseer un glucómetro, esto les permite tener un mayor control de

sus niveles, pero los que no cuentan con uno deben de aprender a reconocer la hipoglucemia e hiperglucemias.

Tal es el caso de Iracema, ella ha aprendido a reconocer por medio de los síntomas las hipoglucemias, que se conoce como 'bajón de azúcar': "Cuando ando el azúcar alta, mire, yo veo bien empañado y cuando la ando baja es que yo miro perfectamente", los cuidados que ella ha aprendido a tener con su cuerpo son:

"Yo me cuido las manos de cualquier herida, los pies me los cuido, las uñas, todo, me echo cosas así (crema corporal), para que no me pasa nada, aunque de ser siempre así, uno siempre se cuida y siempre pasa algo, porque yo tenía una heridita, quizá me herí en algún 'güiste' y anoche me di cuenta porque me eche algo y me ardía [...] ¡ay no!, dije a echarme medicina, pero hoy ya no me dolió."

La mayoría de los informantes expresaron que antes y después del diagnóstico no tenían conocimiento de la diabetes, pero al darse cuenta de la existencia de una asociación que brindaba talleres educativos, accedieron a asistir, unos tienen poco tiempo y otros ya tienen sus años, pero la educación ha intervenido ya sea para facilitar los cambios o para aprender cosas nuevas.

Según manifestaba Doña Renata, el tener conocimiento la pone en ventaja ya que sabe la clase y porciones de alimentos que debe consumir, así como ha mencionado el resto de participantes, el asistir a los talleres es de importancia: "No importa si los temas se repiten uno siempre aprende algo nuevo."

3.2.1 ALIMENTACIÓN, CONTROL Y ACTIVIDAD FÍSICA

ALIMENTACIÓN:

Las personas entrevistadas para esta investigación tienen plena conciencia de los cambios en su estilo de vida, a partir de conocer que padecen de diabetes, la mayor parte de ellos responden de manera espontánea que la alimentación es el mayor desafío y lo que más esfuerzo les representa, vinculando los cambios en la comida a condiciones sociales, culturales y económicas que alteran su entorno familiar.

Al preguntarle a Lucrecia, ¿cuáles son los cambios experimentados después de su diagnóstico de diabetes? Respondió:

“Mire mi alimentación, ahorita no hago la dieta a cabalidad, pero como ya nos han enseñado a hacer una comida saludable verdá y de vez en cuando uno dice según como esté del azúcar puede darse su gustito, una hamburguesa allá ondionde, yo ya conozco lo del plato saludable, se tiene que comer verduras, ensaladas, la cantidad de carne que debemos comer, la cantidad de arroz, frijoles y así.”

Estos cambios afectan a los integrantes del grupo familiar, especialmente cuando es la madre del grupo y la que generalmente cocina, aplica la dieta que le asigna el médico y los conocimientos adquiridos en los talleres de ASADI. Básicamente el mayor desafío consiste en eliminar o restringir el consumo de azúcares, harinas, grasas y bebidas azucaradas.

Asimismo manifestó que al igual que ella su familia adquiere un cambio positivo que les beneficia y que le llena de satisfacción, con esto evita que sus parientes adquieran la misma condición de ella. Al principio hay confusión y molestia, pero con el tiempo se adaptan y toman conciencia de la importancia que esta medida tiene. *“...La comida tiene que ser igual para toda la*

familia...ellos sintieron bastante cuando yo ya no les hacía cosas fritas, decían ¡hay que comida tan rara!..., ¡así tienen que comer! les decía yo más sano...”

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Población Adulta¹⁴ en El Salvador del año 2017, concluye que los factores de riesgo de las enfermedades crónicas son: consumo escaso de frutas y verduras; consumo excesivo de bebidas azucaradas; consumo insuficiente de agua; exposición directa a los agroquímicos; sedentarismo (poca actividad física); historia familiar de ENT. (Enfermedad No Transmisible)

La alimentación se ubica en los primeros tres lugares de la lista, lo que refleja la importancia que tiene en el incremento de enfermedades crónicas. La diabetes por ser una enfermedad eminentemente metabólica requiere una dieta saludable que permita a quienes la padecen sobrellevar la condición y evitar complicaciones que ponen en riesgo su vida.

De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)¹⁵ en El Salvador la canasta básica de alimentos en el área urbana es la siguiente: tortillas, frijoles, arroz, carnes (res, cerdo, aves), leche luida, huevos, verduras (güisquil, tomate, papa, cebolla, repollo), frutas (naranja, guineo, plátano) , azúcar, grasas (manteca vegetal, margarina, aceite), pan francés. En el área rural la lista es la misma solo se suprimen las verduras y el pan.

Observando la lista, se puede determinar que la dieta salvadoreña es dominada por carbohidratos y grasas, está muy lejos de ser balanceada, generalmente las dietas asignadas por los médicos para controlar los niveles de glucosa está

¹⁴ ENECAS-ELS (2014-2015)

¹⁵ CEPAL es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social en América Latina y el Caribe.

basada en un plato con una porción de verduras, una de frutas (vegetales) una parte de proteínas y otra de carbohidratos.

FIGURA N° 3
PLATO SALUDABLE



Fuente: <http://misrecetasparadiabeticos.com>

Lucas, un usuario de ASADI, que tiene diabetes desde hace seis años, casado, con cuatro hijos, explicó sobre su alimentación antes de conocer su diagnóstico “...Yo huuu, yo comía bastante y era bien gordo pesaba más de 184 libras, no hacía ejercicio,mi desayuno eran 3 tortillas, carne o lo que hubiera, pan francés varios, pan dulce y café con azúcar...en el almuerzo siempre 3 tortillas y la comida que llevaba, carne, pollo, arroz, papas, lo que me ponían, y medio litro de coca cola, eso era todos los días y a veces quedaba con hambre.”

El padecimiento de la diabetes trae muchos cambios en la vida de las personas, y se ven por razones culturales en un conflicto psicológico para dejar sus hábitos alimenticios, una de las costumbres bien arraigada en la sociedad es tomar café con pan dulce en las tardes, en algunos casos el pan se sustituye por empanadas, pasteles de carne con verduras, enchiladas, tamales, chilate y nuégados y otros “antojitos” como se conocen popularmente.

Estas prácticas culturales mantienen y fortalecen las relaciones sociales y familiares contribuyendo a mejorar la comunicación al interior del grupo, algo completamente opuesto ocurre con el régimen nutricional recetado después de ser diagnosticado, se ve obligado a aislarse para no comer lo que está prohibido.

Lo anterior le obliga a buscar entre los alimentos “permitidos” que comúnmente no son agradables al paladar del diabético, pero con el tiempo y esfuerzo logran adaptarlos a su gusto.

Otro factor recurrente expresado en las razones que dificultan cumplir con una adecuada alimentación, es el económico, aduciendo el alto costo de los vegetales, las carnes y las frutas, especialmente los productos que no se producen en el país como manzanas, peras, las semillas, aceite de oliva entre otros. Zaida habló de su experiencia:

“Yo digo que la diabetes es cara porque uno tiene que comprar cosas, que antes era para todos y hoy ya no, sin embargo, se nos dice que todos tenemos que comer igual yo... no tomo leche entera, sino que tomo leche descremada.”

El apego a una dieta estricta es poco sostenible en el tiempo, basadas casi en un 70 % en alimentos de origen vegetal, pocos carbohidratos y proteínas, terminan con frecuencia por fracasar (como ellos dicen en pecar), pues es común que manifiesten aburrimiento y hastío del plan alimenticio asignado. Las personas con alguna formación o educación diabetológica, retoman la dieta atribulados por la conciencia y el temor de caer en complicaciones del padecimiento.

De acuerdo al antropólogo español Jesús Contreras, estas posiciones tienen que ver más con la forma en que ellos conciben la preparación de los alimentos

y no con el valor económico que les representa, pareciera más una excusa que una razón fuerte.

Los alimentos pueden consumirlos hervidos evitando el aceite de oliva que les parece bastante caro, pero la práctica de freír esta enquistada en la cultura nacional y es muy utilizada, al hacerlo diferente, puede haber renuencia a consumirlos, en alguna medida cambiando la forma de cocinarlos se sienten poco integrados a su entorno social por esa leve diferencia. (Contreras, 1992:100)

LAS REALIDADES DEL CONTROL MÉDICO EN LOS USUARIOS:

Otro componente fundamental para mantener los niveles de glucosa adecuado es tener una visita con el endocrinólogo o dietólogo por lo menos cada 3 meses, además de visitas al cardiólogo, oftalmólogo, nefrólogo, y otros especialistas de acuerdo a las necesidades propias de cada paciente.

La realidad de las personas entrevistadas refleja que la mayor parte de ellos hacen uso de los hospitales como El Nacional Rosales y Hospital Nacional Zacamil, Unidades de Salud de Zacamil, Gerardo Barrios y Soyapango todos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

Un grupo pequeño son atendidos en Clínicas Comunales, hospitales Periféricos y Hospital Central del Seguro Social en San Salvador, en muchos casos son mujeres beneficiarias de sus compañeros de vida o esposos, cuando fallece el cónyuge el beneficio continúa durante toda la vida.

Es importante señalar que algunos usuarios de ASADI que tienen Seguro Social prefieren llevar su control en el Hospital Nacional Rosales porque son atendidos por médicos especialistas en endocrinología.

A partir de retomar la diabetes como un padecimiento crónico que aumenta cada año y que cobra la vida de miles de personas en todo el mundo, se ha

obligado a muchos Estados a que inviertan grandes cantidades de recursos financieros, especialmente en los países en desarrollo como El Salvador que se ve en serias dificultades para cubrir los tratamientos de alrededor de 800 mil¹⁶ personas que actualmente viven con esta condición.

En El Salvador, se destina gran parte del presupuesto anual del Ministerio de Salud para cubrir las enfermedades crónicas como: insuficiencia renal, hipertensión arterial y la diabetes, la atención médica se dedica a la atención, control y tratamiento de casos existentes. En la búsqueda para esta investigación no se encontraron programas educativos de prevención de diabetes ejecutados por parte del Estado.

En la inauguración del congreso de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT), celebrado en San Salvador la Doctora Violeta Menjívar Ministra de Salud, explicó que existen tres grandes cargas para el sistema de salud nacional, expresando lo siguiente:

“Las enfermedades crónicas, los impactos de la violencia y las enfermedades transmisibles que juntas representan el 50 % de los fondos asignados a los hospitales”, asimismo la encuesta nacional de ECNT del año 2015, reveló que la población salvadoreña es afectada por prácticas insanas y factores de riesgo como: el hábito de fumar, el sedentarismo, el consumo de alcohol y otras. (MINSAL, Nov. 2017)

¹⁶ Fuente: ASADI, 2018.

CUADRO N° 3
CONSULTAS POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA RED DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD 2015-2016.

Consultas	2015	Porcentaje	2016	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	971,131	37	953,046	37
Cáncer	49,530	2	52,827	2
Diabetes mellitus	421,066	16	410,888	16
Enfermedad respiratoria crónica	292,567	11	296,441	11
Hipertensión arterial	826,793	32	810,635	31
Insuficiencia Renal Crónica	49,135	2	61,055	2
Sub-total	2,610,222	20	2,584,892	21
Consultas todas las causas	12,966,105		12,345,147	

Fuente: SIMMOMW, MINSAL

La diabetes mellitus ocupa un lugar importante con 410 mil 888 consultas en el año 2016, con respecto al año anterior existe una importante disminución, que puede corresponder a que la mayoría de ellos están con su respectivo tratamiento y asisten a consultas cada tres o cuatro meses como se acostumbra dejar los controles en el sistema de salud de todo el país.

EL PADECIMIENTO DIABETES Y LA ACTIVIDAD FÍSICA:

Uno de los factores de riesgo que permiten la prevalencia de la diabetes, es el sedentarismo, concepto muy utilizado en la actualidad que se refiere a la poca o nula actividad o movimiento del cuerpo humano, causante de muchas enfermedades especialmente en el área urbana.

La contraparte del sedentarismo es la actividad física que, para la OMS, consiste en cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Constituye además un componente importante dentro del tratamiento médico asignado a cada afectado para mantener una condición de salud estable.

Los días miércoles en ASADI Hospital Rosales, cada charla educativa va acompañada de ejercicios de actividad física, los asistentes llevan ropa cómoda que les permita moverse y zapatos planos, muy pocos llevan calzado deportivo, las señoras mayores, especialmente las que pertenecen a algún grupo religioso evangélico, no usan pantalones, pero igualmente se ejercitan con sus faldas o vestidos.

La rutina inicia con ejercicios de calentamiento, de pies y manos, algunas personas mayores aunque se dificulta se levantan y todos participan. Seguidamente una música alegre empieza a sonar, la educadora¹⁷, inyecta motivación, palabras de ánimo, alegría, la voz de ella resuena en todo el recinto y empiezan los ejercicios al compás de la música, algunas veces se convierte en baile.

Al finalizar es evidente el incremento de energía y la motivación de todo el grupo, esta actividad sirve además para relajarse, relacionarse, conversar, reírse de no poder seguir los pasos. Cuando se suspende la actividad física por falta de tiempo, se reflejan caras de desilusión, evidenciando de esa manera que la actividad cumple con los objetivos planteados.

Al terminar la rutina se hace énfasis en cada taller que la rutina debe de realizarse en casa por lo menos 3 veces a la semana entre 15 ó 30 minutos de acuerdo a la condición física de cada uno.

3.3 UNA FORMA DE VIVIR

Una buena parte del grupo de estudio demuestra tener mucho conocimiento sobre el padecimiento de la diabetes: como se origina, la forma de tratarla, las complicaciones, tipos de medicamentos y en qué condiciones se aplica cada

¹⁷ Los educadores son los técnicos de ASADI, formados técnicamente que imparten los talleres a los usuarios.

uno, los factores de riesgo, etc. Este conocimiento les ubica en una posición de evidente ventaja frente al grupo que no está formado o educado.

Gilberto Giménez define a la cultura como: el *“Proceso de continua producción, actualización y transformación de modelos simbólicos (en su doble acepción de representación y de orientación para la acción) a través de la práctica individual y colectiva, en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados.”* (Giménez, 2005:70)

La forma en que la institución que los forma concibe la enfermedad, ha caído en tierra fértil y contribuido en gran manera a ampliar y transforma el horizonte cultural de los afectados con respecto a la diabetes, armándolos de un conocimiento favorecedor que les sirve de herramienta indispensable en el largo camino de sobrellevarla hasta el final, y que les permita que ese final no sea tan difícil y concluirlo dignamente.

Esa clara transformación en el discurso grupal, lleva a la recomposición de la forma de pensar y actuar que tradicionalmente se ha manejado en torno al padecimiento de la diabetes en la cultura salvadoreña. Como lo establecen Ester Langdon y Flavio Wiik, al decir que las respuestas que los individuos dan a una determinada enfermedad tienen que ver con los sistemas culturales, ya que estos están en consonancia con los grupos y las realidades que las producen. (2010: 177)

Concebirla como un padecimiento, una enfermedad, un estilo de vida, como la definen algunos miembros del grupo, más que un concepto que ellos tienen muy claro, es la esperanza, el poder que les representa conocer, entender y manejar una enfermedad que desde hace mucho tiempo hasta la actualidad es considerada por la sociedad como una sentencia de muerte. El verdadero valor para ellos está en utilizar ese conocimiento para transformar su realidad y la de sus familias.

La adopción de un nuevo estilo de vida basado en alimentación adecuada, reducir las porciones, renunciar por complejo al consumo de azúcar, bajarse del bus dos paradas antes para caminar, revisarse los pies, las manos, usar calcetines de color claro, visitar al oftalmólogo, llevar los propios alimentos a una fiesta o una reunión de amigos, denota un verdadero cambio en la vida cotidiana de estas personas.

3.4 MITOS Y CREENCIAS ASOCIADOS A LA DIABETES

En este apartado se identifican algunos de los principales mitos y creencias de hombres y mujeres con el padecimiento de diabetes que asisten a los talleres educativos de ASADI. Es importante conocer las prácticas alimentarias influenciadas por la cultura, costumbres y conocimientos que tienen sobre este padecimiento.

Los mitos son testimonio directo de la transcendencia de nuestra historia, es una forma de pensamiento, un lenguaje muy elevado en el que se efectúan operaciones lógicas complejas, en donde se plantean problemas y contradicciones fundamentales de la vida social y se les formulan soluciones.

Es por ello que la cultura influye al hablar de mitos y creencias en el caso del padecimiento se transmiten ideas, valores, costumbres y hábitos; las personas crean un sistema de significados y representaciones sociales ante la situación que les aqueja. (Lévi-Strauss, 1973:187)

En la cultura popular salvadoreña en general, existen mitos y creencias para disminuir la glucosa en sangre que pretenden controlar o curar la diabetes, muchas personas recomiendan el uso de hierbas, tallos, hojas o raíces, preparaciones de licuados, o infusiones de diferentes recetas naturales.

Sin embargo, si la información que se brinda por parte de parientes, amigos o incluso por internet es confusa, provocando creencias y mitos alrededor del padecimiento.

Como en el caso de la señora Adela, quien optó en un inicio auto-medicarse, utilizando medicina natural, sin embargo, el uso de esta alternativa no le dio los resultados que ella esperaba y por ello se decidió por el tratamiento médico, su comentario fue:

“Sí lo hice un tiempo con medicina natural, yo soy como muy fanática de la medicina natural y probé con muchas cosas como para bajar de peso, agua con limón, agüita de canela, para los triglicéridos, agua con bicarbonato y yo pensé que me estaba funcionando porque me puse flaca, pero después ya no me estaba funcionando y lo dejé porque los médicos dicen que no hay remedio milagroso.”

Por otra parte, desde el momento del diagnóstico que fue hace 16 años hasta la actualidad la señora Leonor relató que ha recibido información de parte de familiares, amigos y conocidos sobre diferentes creencias en cuanto al uso de medicina natural, sin embargo, ella considera que en ASADI la han educado para llevar un control adecuado en su tratamiento médico:

“Con eso de las medicinas naturales la gente le dice a uno, pero como en ASADI nos han dicho que eso no sirve de nada, ayer nada menos me dice una señora coma marañón, el jugo de marañón, que los cogollos de la almendra, que el alpiste, un montón de cosas que le dicen a uno, una vez mi esposo hasta llevo un palo de chayo a sembrar ahí está en la calle sembrado y como cinco días lo hice que había que echar cinco hojas y coser esa agua, pero ahora que nos explican por mucho que me digan que mire la moringa mire esto, no yo no tomo nada de eso.”

Más adelante la Leonor con sus palabras relató como la diabetes es considerada una enfermedad mortal y vista únicamente de manera negativa a pesar que se puede vivir con este padecimiento a lo largo de muchos años:

“Que la diabetes deja ciega a la gente cuando se le pone insulina, que la gente está ‘pechita’ por la diabetes, hace poco oí a dos señoras que estábamos en una vela y estaban hablando que la persona se había muerto porque era diabética le decía una a la otra que esa persona tenía de la brava, que esa era la peor y yo por dentro decía que gente más ignorante, le decía es que esa es la peor le dio de la brava, le decía la otra es que esta la blanca y la negra, y le dice una yo tengo tipo dos pero esa es de la suave, entonces yo digo la ignorancia de la gente.”

Para la señora Zaida ha sido de mucha importancia llevar un tratamiento médico a lo largo del padecimiento, actualmente tiene 18 años de ser diabética y su estilo de vida ha cambiado en gran medida para tener una mejor calidad de vida, sin embargo, en un inicio por la falta de conocimientos en el tema optó por consumir tratamientos naturales que no le dieron resultados favorable a su salud.

Actualmente ella considera que este tipo de tratamientos alternativos son negativos para la salud de las personas ya que puede ocasionar daños al organismo, agregando:

“Yo al principio hace como unos 15 años tomaba agua de almendra nunca me hizo nada, agua de berenjena para los triglicéridos y colesterol si es buena y así que muchos tratamientos salen verdad, pero yo no creo porque a nosotros ya nos abrieron bien los ojos es una enfermedad que no se cura solo se controla y a la vez no hay medicamento específico que lo va a curar a uno al contrario puede dañar otras cosas al estar tomando esas cosas mucha gente por tomar otros tratamientos así se han dañado los riñones o se dañan el hígado y eso es peligroso. Yo le tengo miedo a esas cosas.”

Asimismo, ella cree que al escuchar de mitos sobre la diabetes, estos generan temor y dudas a las personas que son diagnosticadas y si el tratamiento médico incluye el uso de la insulina aún más, esto ocurre por la falta de conocimientos:

“Muchos mitos que se dicen más que todo son de la insulina por el miedo que tienen y dicen que pueden quedar ciegos, una hermana de la iglesia me dice: a mi hermana la insulina la mato porque la hizo ciega nada que la señora comía de todo y la azúcar se le metía, ahí entonces no es cierto, yo a varios los he sacado de la duda pero la gente no cree, cree que es verdad que lo que le estoy diciendo yo he oído gente que les dicen que les van a poner insulina y se rehúsan a eso una señora siempre de la iglesia no quiso ponerse la insulina y se dañó los riñones tiene insuficiencia renal. La insulina estimula el apetito. No es que la insulina dañe si no que el páncreas ya no está produciendo mucha insulina y al final tal vez ya no va a producir y ahí vienen las complicaciones.”

Por otra parte don Jairo quien también es asociado con 17 años de padecer diabetes, expresó que a pesar de consumir medicina natural como alternativa del tratamiento médico que recibió, no obtuvo el efecto que esperaba, actualmente considera que para tener un control adecuado es importante tomar en cuenta las recomendaciones brindadas por los médicos, mencionando:

“Yo tomé de todo, San Andrés, tome este del nopal, me dieron nopal y no me acuerdo con que otra cosa me dieron el nopal porque dijeron que eso quita la diabetes pero yo sentí que ningún medicamento natural me quito la diabetes, yo he sentido que solo la inyección y comiendo poquito y tratando de sudar, haciendo ejercicio me mantengo normal, porque el moverse uno, con sólo moverse uno pone en movimiento la sangre y la respiración.”

Sobre este punto Lucrecia quien tiene diecisiete años con este padecimiento, ha escuchado diferentes mitos sobre la diabetes y nos menciona como ejemplo

los que surgen cuando ya se incluye en el control de la glucosa en sangre un tratamiento médico:

“Que queda ciega la persona, que la insulina deja ciega, que dicen es que era diabética por eso se murió dicen, ¡mentira no se murió por diabetes! Les digo yo, murió porque no se cuidó les digo, porque así creen la gente alguien que muere así ¡pobrecita es que era diabética!”

Son muchos los mitos que se construyen sobre el tema de la diabetes y estos principalmente generan negatividad, un ejemplo es de considerar la diabetes una enfermedad grave y mortal, o creer que únicamente personas con sobrepeso van a tener diabetes tipo 2.

Otro mito es creer que la diabetes aparece por el consumo excesivo de azúcar, o pensar que las personas con diabetes deben consumir únicamente alimentos especiales para diabéticos; otro que un susto u otra emoción fuerte o inesperada la provoca.

Es importante que las personas tengan un plan alimenticio saludable, inclusive se ha llegado a pensar que la diabetes es contagiosa, así también al iniciar el uso de insulina en el tratamiento médico, se generan una serie de mitos ya que es visto como algo negativo.

Otras creencias que se atribuyen a la diabetes, es creer que los años de la persona influyen para que se llegue a padecer, es decir, que únicamente la sobrellevan personas adultas, a pesar de ello, hay muchos niños, niñas y adolescentes que sufren este padecimiento.

Otra atribución que se le da al padecimiento y el que llama la atención es la alimentación como una forma de cura, creyendo que es la única forma en que se puede revertir el padecimiento, se llega a pensar que consumir lo contrario a

lo dulce curara o mejorara los niveles de glucosa en sangre, es por eso que algunas personas llegan a recomendar ingerir alimentos amargos.

Muchas personas con este padecimiento al no tener una educación diabetológica son fácilmente engañadas, al momento de adquirir productos o seguir consejos de remedios considerados “milagrosos” que aseguran tener la cura o el control de la diabetes, esto depende de varios factores, entre estos económicos, culturales y educativos.

A pesar de los importantes avances médicos para este padecimiento aún no existe una verdadera cura de la diabetes si no que el tratamiento dependerá del tipo de diabetes diagnosticada.

IMPACTO DE LAS EMOCIONES EN LA DIABETES

Es importante saber manejar nuestras propias emociones para tener un estilo de vida saludable, aceptar o rechazar un diagnóstico, en este caso de diabetes Mellitus depende de cada persona, el aspecto emocional es un factor fundamental en el tratamiento, ya que se requiere de cambios en el estilo de vida.

Las emociones influyen en nuestro organismo cuando se presenta alguna situación tanto negativa o positiva se emplea una percepción sobre la realidad e circunstancia dependiendo del estado emocional el cual se encuentra una persona, un mal manejo de las emociones puede tener consecuencias tanto físicas y psicológicas.

Las emociones son reacciones complejas psicofisiológicas que todos experimentamos a lo largo de nuestras vidas representan diversos sentimientos, transmiten un lenguaje, entre estos estados se encuentran la alegría, tristeza, enojo, miedo, culpa, negación, ira, entre otras.

Es necesario que las personas acepten esta condición para poder incluir diferentes cambios en su nuevo estilo de vida, este estado emocional de aceptación es uno de los factores que ayudara al individuo a lograr a mantener los niveles de glucosa adecuados.

Según diversos estudios psicológicos¹⁸ se han llegado a considerar que las emociones en general afectan a la persona con diabetes, ciertas emociones influyen para que la persona realice o no cambios en su nuevo estilo de vida, entre los más comunes: la alimentación, medicación y actividad física.

Diversos estudios demuestran que el estrés puede afectar el control de la diabetes, mediante la secreción de las hormonas puede aumentar la presión arterial hasta niveles de hipertensión transitoria o si el mal estímulo se mantiene día a día, se transforma en permanente, con sus consecuencias para el corazón.

Este estado emocional no conviene a los que son diagnosticados con este padecimiento, por otra parte la alegría ayuda a mantener la presión arterial normal y facilita el equilibrio del azúcar en la sangre, evitando futuras complicaciones.

Se relaciona el surgimiento de este padecimiento a partir de un estado emocional tenso, de igual manera manifiestan notar cambios en los niveles de glucosa en sangre cuando han pasado de un estado emocional a otro, principalmente por estrés y enojo.

Se puede decir que la persona diagnosticada con diabetes al enfrentarse a nuevos cambios que incluyen hábitos alimenticios prácticas y costumbres pueden llegar a afectar las relaciones sociales familiares, laborales, amistades.

¹⁸<http://www.canaldiabetes.com/controlar-emociones-ayuda-a-controlar-diabetes/>

Adela considera que las emociones influyen en el tratamiento de la diabetes, sin embargo también cree este proceso de nuevos cambios debe incluir la aceptación de la nueva condición, de lo contrario se puede recaer en estados de ánimos negativos como la depresión, tristeza, negación entre otros:

“Si influyen ya sea negativa o positiva pero considero que uno tiene que aprender poco a poco a aprenderse a controlar porque no es de la noche a la mañana.”

Por otra parte, Lucas en un tiempo consideró que la diabetes se desarrollaba por problemas emocionales principalmente por estrés, este tipo de información genera problemas emocionales de negación para poder aceptar el padecimiento:

“Quizá si al principio si no creía que me fuera a desarrollarse porque pensé que era pasajero porque este vaya yo creí que la diabetes era por cuestiones de estrés o algo así.”

Marta comparte su experiencia y dice que en el control de la diabetes es esencial el manejo de las emociones, ella considera que solo la alimentación, ejercicio y medicamentos no ayuda a mantener los niveles de glucosa adecuados, también se debe tener un estado emocional apropiado para no sentir alteraciones en el organismo:

“Si porque yo he sentido que alguna emoción buena o mala influye aunque uno se cuide en la comida pero al medirse uno ve y ya sabe que por algo que le paso ha sido, si por un susto o una cólera uno siente el corazón así acelerado.”

Por otra parte, Zaida manifestó que las emociones influyen en el tratamiento, y agregó que es importante involucrarse en diferentes actividades para relacionarse con diferentes grupos sociales, ya sea que tengan la misma

condición o no, la persona no se debe aislar de su entorno social para no recaer en estados de ánimos depresivos:

“Sí influyen, pero no en la gran cantidad porque a veces argumentamos que por el susto que por el miedo que por una mala noticia se elevó pero no es mentira, se nos suben de 10 a 20 miligramos no es que se va a subir a 600 a un nivel de esos, yo siento que si hay emociones grandes y tristezas que puede alterar pero no la gran cosa pero yo en eso empiezo a ‘terapiarme’ y a poner en práctica todo lo que nos han dicho trato de salir tener con quien hablar, y eso ayuda y se va pasando, ir a la iglesia más que todo a la eucaristía, ir al santísimo me ayuda bastante trato de ir las tardes.”

Leonor está clara que un buen manejo de las emociones es parte del control de la diabetes, sin embargo, ella considera que es casi imposible tener una vida sin preocupaciones por diferentes factores y que por ello se debe aprender a convivir de la mejor manera con este padecimiento ella, indicó:

“Sí influyen mucho porque el tratamiento deben ser cero preocupaciones, cero estrés, cero todo, pero es imposible si solo en el tiempo que vive uno es imposible, hoy por lo menos en este año se puede decir para acá del año pasado tipo septiembre que a mi hija la empezaron a ver en el hospital, entonces yo he sentido que con ella he tenido bastantes preocupaciones.”

En el caso de Paola, con diabetes tipo 1, ha realizado diferentes cambios en su estilo de vida, relata su experiencia cómo las emociones influyen en el tratamiento, para ella ser una mujer alegre y dinámica le ha permitido sobrellevar este padecimiento a pesar de las circunstancias que se ha enfrentado a lo largo de su vida:

“Dependiendo como uno las tome porque si uno anda positivo no le afecta mucho y si anda negativo le afecta bastante.”

Para Jairo ha sido importante mantenerse emocionalmente positivo, vivir con esta condición, no le ha sido fácil, el relacionarse con diferentes grupos sociales le ha ayudado a controlar sus emociones negativas, de manera que al presentarse una circunstancia él trata en gran medida de no alterarse física y psicológicamente, sin embargo en el transcurso de su explicación se da una contradicción:

“No para mí, para mí no influyen las emociones porque yo siento que sí las emociones son malas pero en la enfermedad que yo tengo no me influyen las emociones, siento yo que no influyen, eso sí que como por el conocimiento que yo recibo en la secta religiosa, trato la manera de no emocionarme demasiado y no enojarme demasiado y este muchas cosas que hay que ir evitando, por ejemplo: la ira, este el odio, este la envidia, cosas de esas porque fijese que yo siento que eso sí me enferma a mí; la ira, la ira siento yo que me causa, como que yo ahí botó energía.”

Cada persona interpreta a su manera la influencia de las emociones en el control de la diabetes, como lo es en el caso de Renata, manifestó que tuvo una mala experiencia y debido a un problema familiar ella noto que los niveles de glucosa se descontrolaron y nos relató lo sucedido:

“¡Huy!, sí tuve una experiencia mala porque yo crie a una sobrina hasta los 21 años. Yo le celebre los 15 años, la puse a estudiar y tenía 2 años y medio ahí en la nacional porque estaba sacando licenciatura en biología y un día vine yo a ASADI, entonces ella me dejo todas sus prendas, la ropa más nueva, los libros, los cuadernos, todito se fue de repente y la cosa es que ella se fue a la casa de la mamá, y yo... pero más yo verdad, la crie toda hasta los 21 años, y yo estaba controlada pero de repente la glucosa de 300, de 400, de 450 y a mí me dio pánico porque yo sabía que de 180 para arriba, la glucosa le daña todos los órganos por dentro, ahí va el corazón, los riñones, la piel, los ojos, se daña

todo, entonces... ¡huy!, yo al darme cuenta así que para mí, las emociones son este, dañinas, influyen muchísimo porque yo hacía mucho ejercicio, yo comía lo mínimo y no comía grasas, solo cosas súper saludables y a mí no me bajaba, pase 6 meses así, entonces yo pase consulta, pague aparte endocrinólogo, buena doctora y ahí fue donde me pusieron la insulina, he incluso al principio la insulina no me ayudaba porque tenía que ir aumentando poco a poco, entonces ¡huy! tiene mucho que ver.”

Sin duda, las emociones influyen de manera general en el ser humano, en el padecimiento de la diabetes impacta aún más, saber controlarlas es una lucha constante, en casos de complicación médica puede provocar daños físicos y psicológicos generando emociones negativas de tristeza, depresión, culpa, entre otras.

Cada cambio en el estilo de vida por mínimo que sea, requiere día a día de esfuerzo y perseverancia, para llegar a un estado emocional estable. Aceptar esta condición para prevenir complicaciones implica cumplir con el control médico que incluye tres componentes básicos: alimentación, ejercicio y medicación.

Las personas con diabetes requieren aprender a manejar su realidad durante el resto de su vida, para no desarrollar complicaciones, cumplir con las indicaciones médicas, el control de las emociones, el estrés cotidiano, y por ello es importante educarse y conocer la forma de hacerle frente a las circunstancias.

Los asociados que asisten a los talleres educativos y diferentes actividades de ASADI tienen la oportunidad no solo de aprender sobre la diabetes, también es un espacio que les permite relacionarse socialmente con el resto del grupo, incluyendo médicos y educadores crean lazos de confianza que les permite de

este modo mantener una estabilidad emocional, este factor les ayuda a un mejor equilibrio de la glucosa en la sangre.

3.6 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA DIABETES

La identidad es producto de la interacción social, en el caso de las personas que asisten a ASADI construyen su identidad constantemente al compartir con otras personas que tienen su misma condición, a través de ello representan su realidad del padecimiento.

Así mismo dicha asociación construye en gran medida la identidad del “diabético educado” donde es importante la aceptación luego del diagnóstico de una persona con diabetes pues implica diferentes cambios en su cotidianidad.

Por una parte se observó la identidad, a través de los símbolos más relevantes identificados en el trabajo de campo que son el color azul y círculo; dicho color lo opto la OMS para representar la diabetes; el cual simboliza la unidad entre los pueblos, pero también la vida y la salud, identificándose con el color azul que para ellos representa el color del cielo y la bandera de las Naciones Unidas, asimismo simboliza la unidad mundial de la comunidad de la diabetes, en respuesta a esta pandemia.

Estos símbolos tienen una función determinada, en este caso son portadores de identidad ya que para los asociados se convierte en un sistema de comunicación pues produce físicamente expresiones con diferentes fines prácticos, reglas codificadas, normas y valores que dan un significado.

El símbolo del círculo azul tiene sentido en el momento que las personas lo hacen parte de su realidad. Cabe señalar que tanto asociados, médicos y educadores están dando significado a estos símbolos con los cuales se sienten orgullosamente identificados en los talleres, y diferentes actividades principalmente dado a la celebración por el día mundial de la diabetes.

Las personas dentro de este grupo se identifican como las personas con concientización y sensibilización que buscan a través de la información y educación el prevenir complicaciones pero sobre todo el saber cómo controlar los niveles de glucosa en sus cuerpos poniendo en práctica lo que se les enseña en la institución, el grupo se mantiene constante en los talleres y han creado lazos de amistad y confianza tanto entre ellos como con el personal de ASADI.

Es relevante para la construcción de la identidad las relaciones de oposición y conflicto es decir la relación de “nosotros” y los “otros” en este caso las personas que reciben el diagnóstico de diabetes y no toman las medidas necesarias para controlar la glucosa y dejan de lado la educación diabetológica, serían los otros, los que están fuera del grupo, los descuidados, los que pueden llegar a tener graves complicaciones por no buscar una alternativa educativa.

Por lo tanto el pertenecer al grupo los hace personas con sensibilización y el ayudarse mutuamente, es muy importante entre ellos animarse para seguir viviendo con la diabetes, así como el testificar o expresar cómo ellos salen adelante a pesar del padecimiento. Es por ello que para las personas que acuden ASADI es importante transmitir el mensaje sobre la educación diabetológica a personas que no asisten por diferentes condiciones económicas y socioculturales.

Los asociados cada vez que se reúnen afirman y actualizan su identidad colectiva, y la ideología que les transmiten en la asociación también la aprovechan para motivarles a realizar sus demandas al gobierno pero sobre todo al Ministerio de Salud por ser el encargado de velar por la salud pública del país, además de verse obligado a dar una atención médica de calidad.

A continuación, se describe lo que representa la diabetes para los asociados de ASADI desde el momento de su diagnóstico hasta la actualidad, en este

proceso de construcción social los asociados iniciaron una nueva etapa, en este caso el grupo se identifican como “diabéticos educados.”

Estos cambios los han logrado aceptando su condición y asistiendo a los talleres educativos ya las diferentes actividades, no cabe duda que dentro de dicha institución adquieren un sentido de comunidad aquí pueden expresar sus dudas, la cual refleja diferentes conceptualizaciones sobre el padecimiento, las atribuciones y significados.

La señora Zaida expresó que ha aprendido muchísimo más sobre esta condición, durante el tiempo que ha asistido a ASADI ha recibido educación diabetológica por parte de educadores de la salud y médicos especialistas en el tema, ella define la diabetes como:

“Un trastorno metabólico en el cual el páncreas arroja a veces demasiada insulina por eso anda regada dentro del corriente sanguíneo, pero además de eso, puede ser que también la insulina no sea de buena calidad entonces no puede entrar en la célula y ahí es donde empieza a dar problemas porque no hay energía.”

Zaida permaneció un largo tiempo sin llevar un control adecuado, cuando comenzó a asistir a ASADI notó los cambios en su salud, comenzó a poner en práctica nuevos hábitos adquiridos al aceptar su diagnóstico:

“Me gustaba mucho el pan dulce, la soda, refrescos entonces ocupaba bastante azúcar pupusas, después de cuidarme 5 años me descuide 5 fue cuando ya fui a ASADI porque en esos 5 que me descuide empecé como a picar con una pupusa más plátano frito, algo que yo no tenía que comer en exceso entonces ese era mi problema que no podía calcular lo que podía comer porque nosotros podemos comer de todo pero las cantidades son las que varían ...yo empecé a cambiar..., antes no le decían a la gente que hiciera ejercicio solo le daban el

diagnóstico y no le daban mayor información. Hasta que uno le da esta enfermedad va uno analizando de lo que ha hecho bien y de lo que ha hecho mal.”

Actualmente la Zaida, considera que la diabetes es un padecimiento y no una enfermedad y esto lo ha aprendido con educación diabetológica:

“Bueno cuando empieza uno es un padecimiento si no lo controla se va quedando así pero cuando ya tiene complicaciones ya eso se convierte en una enfermedad porque ya tengo que ponerle atención a lo que me está dando y además de eso a la medicina de la diabetes ahí ya se vuelve enfermedad pero cuando uno empieza es una deficiencia un trastorno metabólico no una enfermedad.”

En el caso de la señora Leonor, actualmente con educación diabetológica define a la diabetes como:

“Bueno es una condición de vida, porque nos han explicado que no es una enfermedad, es una condición de vida que hay que aprender a vivir bien con esto, para tener una buena calidad de vida y si uno es desobediente no lo logra.”

Agrega que se identifica como una persona diabética educada, y considera que es importante que las personas conozcan sobre su condición de vida y cada vez que puede le gusta transmitir sus conocimientos, señaló:

“No a mí no me incomoda, aquí mi hijo menor es el que me dice ‘hay mami vos a donde quiera que vayamos les decís soy diabética’, yo le digo a pues sí, si es verdad cuando a mí me ofrecen algo y no lo puedo tomar tengo que decir y me dice ‘es que a todo el mundo le tenés que decir, solo les podés decir no quiero, no me gusta, sino que tenés que decir que sos diabética’, yo le digo si eso no es nada del otro mundo es más hay montones de gente que no saben que la

tienen. Sí me molestó, una vez una persona que quedó hasta de enemiga, un día me dijo: ‘huy! dicen que usted tiene azúcar’, yo le dije sí usted también tiene, y se me quedo viendo y me dijo ‘no yo no.’”

Y continuó su relato:

“Y le dije ‘entonces ya se hubiera muerto si no tuviera azúcar’, a mí me dio cólera y por eso yo le conteste así, le dije ya se hubiera muerto si no tuviera, azúcar todos tenemos yo tengo diabetes le dije eso tengo yo porque azúcar todos tenemos porque eso es el combustible del cuerpo y es el que nos hace tener energía lo único que yo no la puedo procesar bien toda esa azúcar que mi cuerpo genera eso entonces se llama diabetes le dije, porque yo ya no puedo absorber toda la azúcar que el cuerpo genera normalmente y una gente sin diabetes tiene un buen funcionamiento del páncreas yo le explique para que me entendiera y se me quedo callada y ahora no me habla ya y yo la verdad le dije.”

Don Lucas para evitar complicaciones y mejorar su salud inmediatamente acepto este padecimiento e inició nuevos cambios en su nuevo estilo de vida, sin embargo dice que antes de su diagnóstico no cuidaba su alimentación estos cambios no han sido fácil de realizarlos, es necesario de concientizar a personas con las que el convive en su cotidianidad, si su entorno social conociera sobre este padecimiento sería más fácil para el llevar un control adecuado.

Él detalló:

“Si ahora llevo la dieta, pero siempre es difícil, es que vaya si en la casa hay algo que, que a uno le gusta, vaya le voy a poner un ejemplo: ayer mi esposa hizo frijoles frescos y mi esposa empezó a ponerles carne y verduras y digo a comer, pero les digo, en la cena solo me dan una tortilla y queso, pero según

los parámetros que uno tiene que tener le afecta verdad 'porque no lleva todo lo que tiene que comer.'

Y siguió narrando:

A mí me afecta porque como yo trabajo en construcción o en casas hay gente que ofrece darme la comida, yo les digo que soy diabético pero igual hay gente que no cree que a uno le va a afectar, ha habido personas que me dan espagueti con arroz y tortillas, aunque estaba trabajando con una licenciada que ella trabaja en el Seguro y conoce pero aun así, o hay gente que le dice le voy a dar soda con hielo y yo les digo no agua voy a tomar, y las personas piensan que por pena uno dice eso, ellos le dicen aunque sea un poquito tómese, pero yo estoy consciente que aunque sea poquito y que lleve hielo ahí está el azúcar siempre.'

Por otra parte la señora Renata, manifestó tuvo que enfrentarse a cambios drásticos de los que ella estaba acostumbrada a realizar, asimismo considera que su condición es principalmente es por herencia ya que varios miembros de su familia la padecen. Sin embargo hay evidencias científicas que demuestran existen otros factores para que se desarrolle, si se sabe que un familiar la tiene, es importante cuidarse, realizando una correcta alimentación, ejercicio, chequearse periódicamente y evitar estados emocionales negativos.

En cuanto a los cambios de alimentación Renata explicó:

"Pues, mis cambios eran en la comida porque a mí me gustaba el campero, ahora he llegado a odiarlo porque el olor me da asco, me da vómito, la grasa, todo eso no lo como, ni la pizza, no, no, no, mi caso es un caso tipo especial siento yo, porque mis compañeras tienen unas de problemas porque los esposos les llevan pan dulce, porque tienen problemas con los esposos y por eso han estado ingresadas; y mi esposo me cuida, entonces él no me lleva pan,

de vez en cuando sí y vamos a comer algo pero no como lo hacía antes, ese es un cambio que yo, este, lo sentí pero también mejoré, mejoré.”

Como en el caso de los ejemplos anteriores la mayoría de los y las asociados no conocían sobre la diabetes al momento de su diagnóstico, fue hasta que aceptaron su padecimiento y decidieron informarse sobre el tema aprendieron a llevar un estilo de vida saludable.

Cada sábado, día en el que se realizan los talleres educativos y diferentes actividades es notorio que acuden las mismas personas si bien es cierto que asisten nuevas, pero el grupo se mantiene, además estas consideran importante el asistir a los talleres para aprender algo nuevo, a pesar que algunas veces los temas se repiten; expresan que en este lugar es donde “las entienden.”

Las personas que asisten a ASADI tienen como convicción asistir a los talleres educativos y diferentes actividades que se realizan, lo hacen por voluntad propia porque se identifican con este padecimiento y quieren aprender y mejorar su estilo de vida constantemente, la experiencia de cada usuario refleja diferentes conceptualizaciones sobre la diabetes. Desde el presidente de la asociación hasta los educadores y médicos contribuyen a formar una identidad en estas personas.

Inclusive la asociación tiene un himno propio que permiten la construcción de la identidad en este grupo, a través de ello transmiten ciertas normas y valores como por ejemplo la unidad:

HIMNO DE ASADI

Letra: Marta Guevara de Avalos

Música: Johnny Salinas

Interpretación: María Gladis Cantón

I

ESTE HIMNO DE AMOR Y CARIÑO,
DE ESPERANZA LLENO DE FERVOR,
DEDICADO AL ADULTO Y AL NIÑO
DE ESTA TIERRA QUE ES EL SALVADOR.

II

ASADI SIEMPRE HA PRETENDIDO
CON JORNADAS Y CHARLAS EDUCAR,
Y EL PACIENTE YA HA COMPRENDIDO
LO MEJOR, PARA NO CLAUDICAR.

III

LOS DIABETICOS CUIDAN BASTANTE
NO ENDULZARSE PARA ESTAR BIEN
Y HACER SU CHEQUEO CONSTANTE,
SU DIETA Y JERCICIOS, TAMBIEN.

IV

SON LOS MÉDICOS NUESTROS ALIADOS
ESTA RUTA LES MARCÓ EL CREADOR,
DIOS BENDIGA A ESTOS SERES AMADOS
QUE A DIARIO NOS DAN LO MEJOR.

V

HOY CANTAMOS CON MUCHA ALEGRÍA
DANDO GRACIAS A NUESTRO SEÑOR
BENDIGÁMOSLE NOCHE Y DÍA
PORQUE SIEMPRE NOS VE CON AMOR.

VI
ASOCIADOS COMO EN FAMILIA
LOS DE ASADI CON TODA HERMANDAD,
ESTAREMOS SIEMPRE EN VIGILIA
CONVIVIENDO CON FELICIDAD.

Al construir dicha identidad de diabéticos educados, se fortalecen como grupo social, constantemente exigen una mejor calidad de vida al gobierno que les proporcione medicamentos a bajo costo, oportunidad de empleo porque para ellos existe discriminación por su condición crónica, también demandan el día nacional de la diabetes, esto se debe al aumento de casos en el país.

Para los asociados ASADI es considerado como el único lugar donde reciben la mejor educación diabetológica a pesar que la mayoría de médicos son los mismos que les brindan atención en diversas instituciones de salud como por ejemplo en el Hospital Nacional Rosales.

CAPÍTULO N° 4

CONTEXTO SOCIAL DE LA DIABETES: RELACIONES SOCIALES

CAPÍTULO N° 4

CONTEXTO SOCIAL DE LA DIABETES: RELACIONES SOCIALES

En este capítulo se detalla la diabetes, desde la perspectiva social de los sujetos de estudio, a través de los datos proporcionados por los informantes, se muestran los diferentes procesos que impactan en su cotidianidad, en este caso, se especifica en el ámbito social, económico, religioso, familiar y laboral.

4.1 GRUPOS DE APOYO

A través del trabajo de campo y lo manifestado por las personas, se puede percibir que la diabetes tiene alcance en la dimensión social, cultural, psicológica y económica de los individuos.

En este apartado se retoma principalmente la propuesta teórica del antropólogo salvadoreño Carlos Lara Martínez, para él la identidad tiene que ver con la interacción social y a la vez es fundamental el estudio de las fronteras sociales entre los grupos que mantienen identidades socioculturales diferentes:

“La identidad sociocultural tiene como fundamento una relación social en la que intervienen al menos dos sujetos sociales: nosotros- el grupo (o los grupos) con el que aquél entra en contacto cotidiano-, en donde los otros son considerados como los extraños, los diferentes a nosotros.” (Lara: 2005; 5)

Para Lara Martínez, el ‘nosotros’ es una “relación social, que es una relación de oposición y contraste, constituye la base a partir de la cual el grupo construye un sistema de relaciones sociales que integra a sus miembros y un sistema cultural, esto es, un sistema de normas y valores sociales que orientan la vida cotidiana de estos.

Además, llega a comprender que la “identidad sociocultural tiene un carácter relacional, que los elementos que la caracterizan no puede entenderse en

términos absolutos sino en relación con los otros grupos con los cuales se mantiene contacto cotidiano en un momento determinado.” (Ibíd)

Es importante para Lara Martínez tomar en cuenta tres variables, la primera de ella es: “la relación de contraste-nosotros/los otros- entre grupos o categorías sociales de la misma naturaleza, que incorporan procesos económicos, políticos y de hegemonía cultural; las relaciones intrasociales (al interior del grupo) de tipo ecológico, económico, político y de solidaridad; y el sistema cultural, que incluye dos niveles: la cultura profunda, es decir, el nivel de significación que está detrás de los símbolos manifiestos, esto es, el sistema de normas y valores sociales que orientan la vida cotidiana de los miembros del grupo.” (Ibíd)

Es importante tomar en cuenta los símbolos en el estudio de la identidad, la identidad supone el establecimiento de una continuidad donde se establece y mantiene al grupo con la relación con el pasado, las identidades son dinámicas pero no excluyentes; la identidad se construye por desigualdades sociales “interesa mantener el principio de supremacía del todo sobre sus partes, reivindicando una relación dialéctica entre el nivel de la interacción social y el sistema de símbolos culturales que construye la imagen del grupo.” (Ibíd)

Los fenómenos sociales no tienen que verse desde el aislamiento, más bien tiene que ser social, los padecimientos sacan a luz todo aquello que permanecía invisible, como, por ejemplo: la vida e interacción social del individuo, que muchas veces pasa inadvertida al no enfrentar ningún problema, pero se ve alterada con la presencia de un padecimiento crónico-degenerativo.

En muchas ocasiones y debido a la desinformación, un padecimiento crónico llega a considerarse como una condena de muerte; como se ha indicado, una persona vive procesos y cambios a partir del momento del diagnóstico e incluso se puede pensar que sucede desde el instante que son percibidos los síntomas.

Cuando la persona busca apoyo para mejorar su calidad de vida, lo hace porque necesita aprender a vivir cotidianamente con el padecimiento, pero sobretodo busca a sus pares, es decir, a personas con la misma condición para un apoyo emocional, que le ayude a través de experiencias compartidas para enfrentar dicha situación, sin embargo, para muchos de los asociados llegar y comenzar asistir constantemente a ASADI ha requerido de cambios en sus actividades principalmente durante los fines de semana.

En el caso de doña Leonor contó, que su primer acercamiento con ASADI fue por su hija, quien a un inicio la obligó a asistir a los talleres, sin embargo, con el tiempo y constancia ella se considera parte de este grupo, hasta la actualidad lleva aproximadamente 10 años de asistir continuamente, de tal manera que para ella es un orgullo ser parte de ASADI.

Así mismo, Leonor considera que aparte del autocuidado y la educación, la comunicación y confianza, la relación médico-paciente que tiene con los médicos de ASADI es clave para el éxito en el seguimiento y perseverancia del tratamiento. *“Casi todos los médicos que han pasado por ahí se han hecho bien conocidos, bien amigos, al menos con mi persona son bien amables, hay un trato familiar.”*

El apoyo no solo de un grupo, sino de la familia y personal médico se vuelve tan importante al aportar seguridad, por ejemplo esto se ve reflejado en un relato de doña Leonor, quien una vez tuvo problemas por un sangrado en la nariz pero inmediatamente se comunicó con un doctor de ASADI que le ayudo a ser atendida rápidamente en el área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales: *“Ellos se preocupan pero usted cree que si hubiera sido un simplemente paciente, así normal que no lo conocieran a uno por parte de ASADI, ni caso me hubieran hecho digo yo.”*

Afirmó doña Leonor que en estos talleres no solo aprende de los profesionales, ya que también ha sido un medio para compartir, aprender y expresar dudas, temores y experiencias con otros asociados, se vuelve un lugar donde reciben el apoyo que a veces no tienen de sus familias, una forma de doña Leonor para agradecer ese apoyo que le han brindado de poder ser parte de la institución y compartir con sus compañeros es involucrándose en actividades que se realizan para el sostenimiento de la asociación.

Según doña Leonor, todo el apoyo que ha recibido de la asociación, del personal que labora en la institución y de las personas que llegan a los talleres, se ha convertido en un beneficio, tanto así que ya no se preocupa a la hora de su control médico por todo el aprendizaje que ha adquirido:

“Ahora ya no me preocupo, si al año me dejan con la doctora la cita, no me preocupo porque estoy controlada.”

Otra persona que expresó su experiencia con los grupos de apoyo fue doña Zaida, para ella el llegar a ASADI fue de gran beneficio y ayuda para poder encontrar la manera de controlar sus niveles de glucosa.

Después del diagnóstico y haber aceptado de cierta manera todo lo que conlleva tener diabetes, Zaida relata que sus primeras experiencias de controles médicos fueron negativas, según relato, no encontró el apoyo y comprensión por parte del galeno en ese momento:

“Era un doctor ya jubilado, bastante señor y él dijo que no me iba a dar (insulina) porque no creía en eso, entonces en ese momento me hizo pensar que el doctor no entendía bien lo que estaba pasando, porque cuando pasaba controles con él, me decía usted anda bien, bien aunque la tuviera alta, siempre evadía.”

Se puede decir que la falta de confianza y la incomprensión del médico, provocó que doña Zaida decidiera cambiar de médico, uno que le aceptara la orden que ella tenía que seguir con insulina, porque las pastillas ya no las toleraba.

Además, otro de los motivos que expuso para quedarse en control con un solo médico fue: *“Yo les dije a las enfermeras que quería estar solo con un médico porque los médicos, es cierto, que no lo conocen bien a uno pero y estar pasando con uno y con otro, entonces fue así que me quede con la doctora Claudia.”*

La relación médico-paciente llega a tener importancia para los asociados según doña Zaida, considera que ASADI es un grupo de apoyo en donde *“He aprendido muchas cosas de las que nos dan, a tener confianza con los médicos, de poder preguntar, yo de eso me siento bien favorecida, por esa parte de la asociación y gracias a Dios porque puedo decir todavía que el Señor me tiene viva y que me siento bien.”*

Según relató, ASADI significa para ella un lugar de ayuda y apoyo, en donde a través de la educación y los talleres *“Nos están abriendo los ojos, los oídos, por lo que puede ir pasando, o porque etapa va, además sirve como un stop a detenernos, a detenerme, de qué estoy haciendo bien, qué estoy haciendo mal, para mí ha sido una gran ayuda.”*

El estar con personas con su misma condición le da oportunidad de apoyar y aconsejar al que lo necesita, para ella no hay distinción entre las personas que tienen o no diabetes: *“No me pongo a pensar que somos diabéticos, yo cuando llego, no digo ‘aquí estamos los diabéticos’, normal, una reunión, vamos a los eventos, a los hoteles, nos reímos, bailamos; hay quienes bailan, yo no bailo pero a mí me agrada.”*

También agregó: *“Hay personas que se sienten mal y claro es donde uno tiene que apoyarlas porque cuentan cómo se están sintiendo, entonces uno empieza a aconsejar más que todo, a decirles que es difícil pero que se puede.”*

Asistir a los talleres en donde aprende más y convive por un breve tiempo con sus pares y puede escuchar las experiencias de cada uno de ellos, le ha ayudado a seguir adelante, pero sobre todo hoy puede aconsejar a otros que tienen años con el padecimiento y no llevan un control adecuado o a los que recién han sido diagnosticados.

En el caso de Lucrecia, comenzó a asistir a los talleres por una amiga quien la motivó a que fuera, *“Por medio de una amiga me enteré y cuando llegué y me dijeron todos los problemas que hay si uno no tiene dieta eso me motivo a seguir yendo.”*

Los años que lleva de ser miembro de ASADI son *15 años*, para ella la asociación adquiere un significado importante y es por eso que promueve los talleres educativos que se imparten, pero se decepciona cuando las personas con el padecimiento que invita no tienen ningún interés.

“Para mí significa mucho, muy interesante y he invitado a muchas personas y porque si no nadie se interesa usted”; el apoyo y el convivir con los pares se vuelve tan útil: *“Yo me siento bien porque hay otros como yo.”*

El apoyo y los beneficios que ella recibe en los talleres educativos lo agradece colaborando en todas las actividades que se realizan:

“Bastante me he beneficiado porque uno aprende, hay varias enfermedades que salen crónicas al tener diabetes y a mí pues, porque hay unas que al tiempo que tienen y de la edad mía bien arruinaditas y de mí dicen ‘mírenla bien bonita ella porque se cuida’, o sea toman ejemplo verdad.”

El ejemplo que ella da a las demás personas y los comentarios positivos que recibe, la motivan a seguir yendo a la asociación, al igual que los demás participantes le da un significado a ASADI; para ella: *“quizás si no existiera no tuviéramos conocimiento porque ahí nos enseñan mucho.”*

Otro participante que amablemente accedió a brindar información fue don Lucas, él ya había escuchado de ASADI, pero no se animaba a ir a las charlas educativas porque pensaba que había distinción en el status socioeconómico:

“Yo ya había escuchado de ASADI pero yo pensaba que a estas charlas solo venía gente que tenía dinero, decía yo, que tenían su tiempo, yo hasta hace unos meses vine aquí.”

La razón por la que también asistió a los talleres fue porque del ISSS lo remitieron al Hospital Nacional Rosales, ya que su esposa al dejar de trabajar perdió el beneficio de estar asegurada, hoy en día él piensa que ASADI es *“Un apoyo, apoyo, uno quiere hacer una consulta con alguien aquí lo puede hacer”*. Al estar con personas que tienen la misma condición lo hace sentirse bien y le ayuda a adquirir más conocimiento y señala:

“Siento yo que adquiero más conocimiento porque la diabetes no actúa de la misma manera en toda la gente, hay quienes le complica más rápido y hay quienes más lento, a mí me ha complicado bastante, ya me operaron un ojo.”

A comparación con otros asociados que tienen años de ser parte de ASADI, don Lucas lleva 7 meses de asistir a los talleres y cada vez que puede se involucra en actividades que realiza ASADI, como por ejemplo: las jornadas educativas, las marchas y las ventas, para él ASADI significa:

“Realmente es como una escuela para adquirir conocimientos, para mí es una gran bendición y una gran experiencia, gran experiencia, vaya porque yo he oído de otras personas que se tratan en otro y no tienen conocimiento mayor

que uno pueda tener en ASADI, en el Seguro no lo orientan a uno, sí que no le ayudan mucho.”

Adela, otra participante mencionó que ella siempre tuvo el deseo de asistir a los talleres y llevar a su mamá, sin embargo, su mamá siempre se ha rehusado, pero eso no ha sido motivo para que ella no asista y hoy ya tiene años de ser parte de ASADI.

Para ella la ayuda que recibe de ASADI es significativa y comentó: *“Ser parte de ASADI me ha ayudado mucho porque ahí hay diabetólogos, hay personas que lo aconsejan a uno y lo ayudan mucho a uno, es muy buena la ayuda, bastante porque hay muchas cosas que uno no sabe y ahí le enseñan.”*

Adela agrega que aprender y el apoyo que recibe en la asociación le beneficia es por ellos que ayuda en lo que puede y apoya las actividades en las que ella puede asistir, porque ASADI significa: *“Todo para poderme cuidar, para seguirme cuidando y al mismo tiempo uno cuida a su familia”*, una observación que realiza doña Adela es que siente que en el Hospital Nacional Rosales los médicos están mejor preparados y conocen más de la diabetes.

Adela, hace una comparación de los servicios de salud que ofrece un médico público y uno privado:

“Sí, ese punto es muy importante, en el hospital yo me he sentido cuidada un 75 por ciento, en el Seguro un 50 por ciento, no es mucho, entonces he comprobado que al pagar un doctor particular especialista uno se entiende mejor como que habla el mismo lenguaje... en el Seguro no, me mira un especialista es un internista, hasta que yo fui a ASADI pase con un especialista.”

Paola, padece de diabetes tipo 1 desde la edad de ocho años, ella recuerda que a su mamá le decían que fuera a ASADI, en ese tiempo fueron pero

solamente dos veces, pero al ser una persona mayor de edad ella decidió volver y hoy ya tiene diez años de ser parte de la asociación que considera una familia.

“A mí ya me habían dicho, como yo tenía tratamiento en el Bloom, le decían a mi mamá que me llevara, chiquita fui como dos veces nomás, ya no seguimos yendo”, y agrega que ASADI significa “ah lo siento como una familia”, e incluso la llega a ver: “Como un segundo hogar porque cuando uno los necesita ahí están también.”

El estar con otras personas que padecen de diabetes al igual que ella, es algo que no le incomoda porque la hace sentirse: *“Bien porque uno mismo verdad, va viendo las otras personas tienen lo mismo que uno, y ahí se ayuda mutuamente, yo me siento bien.”*

En el caso de doña Iracema, tiene trece años de ser parte de ASADI y la motivó a quedarse el hecho que aprendería más que todo a comer porque su primera reacción al escuchar el diagnóstico fue que ya no comería todo lo que gustaba:

“Este yo vine aquí porque me mandaron de la Unidad de Salud de este... de aquí de la Zacamil, y aquí fue cuando me quede, que me dijeron que había un taller de... de... para aprender a comer, para aprender a todo lo que usted quiera, entonces yo me quedé, yo vine.”

El convivir con personas de su misma condición: *“Bueno pues, yo me siento bien al estar aquí, pues si porque uno ya conoce amigos y se reúne con toda la gente de aquí vea, que tiene su enfermedad y nos llevamos bien, hasta ahora gracias a Dios no he tenido problemas, yo me siento bien porque estamos todos y platicamos de la enfermedad, que unos como no hacen caso se van y o sea varios se han muerto ya de aquí y por eso ya vienen porque aquí hay bastantes que tienen tiempo de venir.”*

Doña Iracema, solamente asiste a los talleres del Hospital Nacional Rosales y señaló: *“Yo me he beneficiado bien, bien porque aquí he aprendido a comer y la educación, a hacer ejercicio, todo eso he aprendido aquí, para mí ASADI es como mi familia y más que unos licenciados nos dijeron más o menos que tal vez podía desaparecer ASADI porque... de que como el doctor Cerritos, no tiene quien le ayude vea, por eso uno a veces colabora con lo que dicen, yo cuando tengo, yo colaboro pero cuando no tengo yo les digo, este ‘miren yo no’ pero ya después cuando tengo lo doy porque sé que aquí es donde me han enseñado.”*

Con respecto a la relación médico-paciente se refirió que no tiene de qué quejarse: *“Me tratan bien, bien porque aquí cuando pasaba consulta, pasaba con la doctora Mestizo; la única que sentí que no, o quizá le caía mal era la doctora esta, no era la Saca, era... era... ¡ay no!, Se me olvida el nombre de esa doctora pero ella era bien pésima, ¡ay sí!, es que se enoja porque uno lleva el azúcar muy elevada y en veces yo, nunca me bajaba la azúcar con esa doctora, siempre cuando iba entrando el azúcar ya la tenía bien alta y ahí es donde ella me regañaba y con la doctora Mestizo, ella me tenía paciencia.”*

Don Jairo compartió su experiencia, narró que no conocía nada sobre la asociación pero estando en el Hospital y por medio de una doctora pudo ir a los talleres:

“ASADI yo no lo conocía, ni los talleres hasta que una vez la doctora me dijo así ‘mire usted que no entiende que no deja de comer como no debería comer’, me dijo ‘lo voy a pasar a tratamiento con la doctora’, este que le ayudan a uno a cómo comer va; y no, ni sabía que existían talleres de cómo aprender a comer o cómo inyectarse, o para qué era la insulina, ahí aprendí muchas cosas.”

A él le gusta asistir a los talleres y hace un esfuerzo por ir al Hospital Nacional Rosales los días miércoles porque le agrada el compañerismo que hay, y

manifestó: *“Bueno pues, hay compañerismo con las personas, aquí convive uno con las personas, habla uno con ellos de la misma enfermedad, cómo come la persona, uno le pregunta al otro ¿cómo come usted?, ¿qué come?, ¿qué hace usted?, ¿qué comida hace usted para mantenerse?, porque aquí uno, hay unos que le dicen tal cosa es buena para comer y así va aprendiendo uno la manera de cómo comer y como el interesado es uno, uno pone atención de cómo va a hacer las cosas.”*

Toda la gama de experiencias con las que se cuenta, ayuda a las personas a motivarse y seguir con el tratamiento, además aprenden no solo de los profesionales en educación para la salud o de los médicos, el convivir con personas con su misma condición hace que se sientan apoyados, comprendidos y escuchados.

4.2 IMPACTO ECONÓMICO

La diabetes también genera una carga de gran costo económico en los países que se encuentran en vías de desarrollo. Estos costos no solo se le pueden adjudicar a salud pública, las personas con la condición y sus familias también resultan afectadas porque en algunos casos reduce las oportunidades de empleo o cambia las prioridades en los gastos de una familia.

En el caso de los médicos dan a conocer e indican al diagnosticado los gastos que implica esta condición; por ejemplo el caso de la señora Leonor, comentó: *“El doctor Cerritos dice que es una enfermedad de ricos, por lo menos el que gasta en la insulina, tiene ese gasto de jeringas, sí es un gasto”*. Muchas veces se cree que la diabetes es una enfermedad para ricos que paradójicamente golpea más a los pobres, sin embargo, la diabetes no tiene preferencia en género, edad o condición socioeconómica.

Además Leonor añadió que otro gasto que genera la diabetes es la alimentación:

“Quiérase o no, aprender a comer saludable, eso es otra cosa que yo muchas veces me he cuestionado en el sentido que a veces uno come lo que tiene, lo que hay, y la mayoría de gente tiene solo frijoles y tortillas, y usted sabe que comer saludable eso no es, eso me pongo a pensar varias veces porque yo ya he estado en esas condiciones, y he tenido que hacer más gastos por ejemplo en comprar verduras y las frutas, genera gastos pero es relativo también porque hay gente que gasta que en churros, gaseosas, cosas que no son saludables que son dañinas y gastan en eso.”

Una persona con el padecimiento debe realizar ciertos cambios en su alimentación, se trata de aprender a manejar las cantidades necesarias que requiere nuestro cuerpo para hacer cualquier actividad.

Doña Zaida, tiene gastos al comprar insulina, la que le proporcionaban en el ISSS no le estaba haciendo ningún efecto:

“La insulina del Seguro no me estaba haciendo efecto, me dijeron que tenía que comprar Lantus es una insulina de lapicero que no la da el seguro, ahora me controla el doctor Rodríguez de ASADI, hay una insulina superior a la Lantus que dura más tiempo que cuesta \$33.40 con descuento.”

A pesar de tener un descuento, para la señora Zaida, el precio de la insulina sigue considerándolo alto, además comentó que de lo que recibe mensualmente, ella siempre ahorra para poder comprar sus medicamentos que son indispensables:

“De mi pensión, yo dejo \$100.00 dólares, solo para insulina ahorita la compro porque todavía puedo, gracias a Dios solo tengo la responsabilidad de mi mamá.”

En el caso de don Lucas, es otra persona que reciente los costos elevados de la condición, cuando se tuvo la oportunidad de entrevistar a esta persona y preguntarle los gastos que le generaba el padecimiento, sin dudar dijo:

“Sí me genera, por la comida y bueno aquí en el Hospital le dan a uno las medicinas pero tengo que estar pendiente de comprar las jeringas, el alcohol, el algodón porque eso digamos el asunto de las comidas que a veces no, y hay que estar haciendo comida porque a veces no se puede comer lo que hay y con la insulina que a veces no hay y se tiene que comprar.”

Don Lucas relató que tuvo doble gasto porque él al preocuparse por su salud y ver la publicidad de un producto, decidió comprarlo, esto le generó un gasto extra del cual no tuvo un resultado positivo:

“Sí, estuve tratándome con Herbalife y si me bajo un montón me bajo hasta 62 me hice los exámenes aquí y privado pero como es un tratamiento caro no se puede comprar siempre, tomaba licuado, un té y unas barras, gastaba 75 dólares cada quince.”

Paola, quien tiene una larga experiencia con el padecimiento, comentó que al tener diabetes tipo 1 y necesitar de un tratamiento con insulina, sus gastos son cuantiosos y tiene que buscar la manera para poder comprar sus medicamentos:

“Sí bastantes [...] por mis medicinas, la insulina porque cada cinco días me toca comprarlos”. Para poder comprar sus medicamentos ella trabaja en salones de belleza como cosmetóloga, además realiza su trabajo a quien le contrata independientemente.

Su preocupación y el motivo por el cual ella trabaja es por el tipo de insulina que utiliza: *“Los análogos de insulina la más conocida el Lantus y Humalog, la*

Lantus a uno como socio en ASADI me cuesta \$17.39 y dura cinco días y la Humalog a \$13 dólares y también me dura 6 días son especiales.”

Los costos económicos que requiere esta condición son elevados, y muchas veces las instituciones de salud pública no cuentan con estos medicamentos, que a su vez no son de la mejor calidad, es decir que el aspecto económico es básico para cubrir los gastos que requieren este padecimiento.

El alto costo de los medicamentos, particularmente aquellos llamados combinados, compuestos o especiales en el caso de la insulina y otros que no los proporciona el sistema nacional de salud, entre estas las vitaminas para diabéticos, gotas para ojos, jeringas, glucómetro y más, son una carga para las personas con diabetes.

4.3 DIABETES Y RELIGIÓN

Para el grupo de estudio la fe y la religión son elementos esenciales en su vida, ya que a través de las experiencias vividas ante diferentes circunstancias reflejan diferentes mecanismos de conciencia, en el caso de ser diagnosticado con diabetes algunos adoptan una posición de acercamiento con sus creencias religiosas.

En el caso de los asociados manifiestan que sí asisten a la iglesia, cada uno de ellos opta por la religión de su preferencia, por diferentes factores culturales, para ellos este acercamiento es un complemento en el tratamiento, creen que este padecimiento influye a la búsqueda de Dios, esta fe es un refugio para luchar día a día ya que consideran que da valor moral para afrontar las diferentes situaciones que se presenten durante el padecimiento.

Para la señora Zaida es una bendición de Dios poder sobrellevar esta condición a lo largo de muchos años, desde el diagnóstico reconoce que tuvo

que pasar por etapas hasta el punto de llegar a la aceptación, sin embargo la fe religiosa ha estado presente en todo este proceso y expresó :

“Me siento bien favorecida por esa parte por la asociación y gracias a Dios por que puedo decir todavía que el Señor me tiene viva y que me siento bien”.

Más adelante Zaida reiteró el valor de su fe religiosa, pedir salud y dar gracias a Dios por cada día de su vida se ha vuelto algo cotidiano para ella y dijo:

“Lo que Dios quiera porque estamos en manos del Señor, y mi vida le pertenece, todas las noches yo le digo aquí estoy Señor para que tu dispongas de mí y en la mañana pues que se haga tu voluntad lo que tú quieras que yo haga, trató de hacer lo mejor que puedo para mi salud, y ahí voy caminando hasta que el Señor permita.”

En el caso de Leonor, mencionó que a pesar de ser una mujer muy ocupada ya que realiza diariamente las tareas domésticas, trata de hacer otras actividades en sus tiempos libres y una muy importante es asistir a la iglesia los fines de semana, en este lugar ella recibe apoyo de personas que asisten ya que comparten y se vuelve un espacio de tranquilidad y sobre todo manifiesta que lo realiza para tener un acercamiento con Dios a quien agradece de estar aún con vida.

“Tiempo así libre... libre a una ama de casa casi no le queda, pero si con mi hija salgo a caminar en las mañanas una hora, caminamos todos los días, y lo demás lo que hay que hacer de ama de casa, y luego los fines de semana, las charlas de los sábados y asistir a la iglesia.”

ASADI es una institución laica es decir no influye la fe religiosa ante el padecimiento de la diabetes y esto se refleja en cada uno de los talleres educativos y diferentes actividades, sin embargo médicos, educadores, asociados tiene diferentes creencias y realizan diferentes prácticas religiosas,

en el caso de los asociados con quienes tuvimos la oportunidad de hablar sobre el tema interpretamos que están constantemente en la búsqueda de Dios, en algunos casos al conocer su diagnóstico y saber que es una condición crónica los ha llevado a tener un mayor acercamiento con su fe religiosa.

4.4 PARTICIPACIÓN E IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

Para la Antropología Sociocultural las relaciones sociales son importantes porque fortalecen la convivencia, la solidaridad y la identidad al interior del grupo. En lo que se refiere a las familias la convivencia cobra mucha relevancia, pues es ahí en la cotidianidad que se pone de manifiesto las similitudes y las diferencias entre las personas.

En la sociedad salvadoreña, es común encontrar familias ampliadas compartiendo una vivienda, compuestas por padres, hijos y abuelos. Otras formadas por una o más familias nucleares, padres o madres solteras con hijos, algunos casos de estas familias también tienen un abuelo/ abuela o con ambos.

Las estadísticas nacionales reflejan que la población más afectada por la Diabetes Mellitus (DM) están arriba de los 40 años. La mayoría de personas entrevistadas para este estudio tienen más de 50 años, el grupo más grande corresponde a los que tienen diabetes tipo 2, la situación familiar de ellos refleja que viven con sus esposos o compañeros de vida, algunos solo con hijos y nietos, y otros solo viven con un hijo o hija.

La familia es un grupo social con una base afectiva y formativa; es un sistema de parentesco; una construcción social donde cada cultura tiene diferentes maneras de organizarse y concebirlo, en este entorno se convive como tal y se construyen normas y valores sociales.

Desde el diagnóstico de la diabetes se trasciende hasta el entorno familiar, no solo surgen diferentes cambios en el individuo, asimismo inician nuevas formas de organización social entre parientes, en este caso los familiares cercanos se involucran en el cuidado del familiar, viven juntos y cooperan unos con otros en una vida social ordenada bajo sus intereses y concepciones, estableciendo pautas y reglas de comportamiento.

Sin embargo, no siempre los familiares apoyan a llevar un control adecuado, principalmente si se trata de la alimentación debida que estos prefieren no hacer cambios drásticos por el hecho de no tener dicha condición.

Por otra parte, los parientes que han realizado migraciones internacionales, en busca de mejores oportunidades económicas, a pesar de la distancia participan brindando apoyo a sus familiares, para que puedan en algunos casos comprar sus medicamentos de esta forma se establecen redes de apoyo.

Los talleres educativos en ASADI son para todas las personas con diabetes y su grupo familiar todos los sábados y el primer sábado de cada mes para padres de familia de niños, niñas y adolescentes con diabetes es el primer sábado de cada mes. Cada familia se organiza de determinada forma, esto les permite mantener una cohesión social, entre los miembros del grupo, en algunos casos se refleja el apoyo de la familia en los talleres y diferentes actividades.

A pesar de no tener esta condición asisten con el fin de educarse y poner en práctica lo aprendido, en el caso de los familiares que no asisten a los talleres educativos desconocen sobre el tema y pueden afectar el control adecuado de la persona, el apoyo que brinda la familia no es únicamente emocional, económico, sino que debe adaptarse en gran medida al estilo de vida saludable del diagnosticado principalmente en la alimentación.

Para los asociados es importante el apoyo familiar en el control de la diabetes, para Adela no todos los familiares se involucran en apoyar su condición ni muestran interés por educarse sobre el tema y dijo:

“Es importante pero lastimosamente el núcleo familiar que vive con uno casi no lo apoyan a uno, el que quizá lo apoya a uno como un 75 % es el esposo, los hijos y los demás familiares lo ven como que dicen ella es diabética y hasta ahí pero no conocen que es la diabetes”.

La señora Lucrecia manifiesta que el apoyo de la familia cercana es indispensable, ya que conviven día a día, sin embargo, no siempre muestran interés por conocer sobre el tema, pues sus parientes no asistan a los talleres educativos de ASADI, su hija a pesar de ser diagnosticada con este padecimiento no asiste, sin embargo, Lucrecia transmite los conocimientos aprendidos, de esta manera se genera apoyo mutuo y explicó:

“Al principio mi hija me decía a usted casi nada le gusta, y yo le decía anda yo sé porque te lo digo para que aprendas, entonces hoy que ella ya tiene problemas del azúcar ella me comprende, como ya somos dos ya podemos entendernos, ella no va a los talleres, está en tratamiento pero no va a los talleres.”

Para don Lucas la familia debe estar educada para no afectar el control médico, a pesar que en su núcleo familiar la mayoría de sus ocho hermanos padecen esta condición, no todos los familiares cercanos se interesan y lo apoyan, para que puedan llevar un control adecuado y él dijo:

“Sí, porque si la familia no entiende que uno está afectado la familia le va a dar lo que sea.”

En el caso de Zaida considera que influye el apoyo familiar y manifestó que sí recibe apoyo por parte de sus familiares cercanos, principalmente en la

alimentación, sin embargo para ella el hecho de que no la acompañen a los talleres educativos es motivo de preocupación, porque demuestran desinterés sobre el tema, ella considera que la educación diabetológica es fundamental, así lo expresó:

“A veces los hijos o la familia se vuelve negativa en el aspecto que no le dan mayor importancia, porque como no asisten con uno a los talleres yo recuerdo que mi hijo que ya tiene 29 años lo lleve una vez al desayuno y se aburrió no le gustó y no le gustó y nunca me volvió a acompañar entonces mi hija como es medica no le atrae eso, cuando me pongo mal todos están alrededor mío están pendientes, mis nietas por ejemplo cuando vamos a comer me dicen eso no lo puedes comer un postre o una gaseosa ellas saben lo que puedo comer y si me van a comprar café me le ponen esplenda entonces ahí si siento apoyo.”

Y siguió narrando:

“Y a veces no, mi hija cuando yo cumpla años me manda hacer un pastel de dieta y solo me como un pedacito, y de ahí me dura una semana no me puedo pasar de eso. El apoyo familiar es bien importante el conocer de qué es lo que uno tiene pero hay familias que les llevan pasteles, pan dulce, por lo menos en los grupos donde yo me reúno ya saben que yo soy diabética, entonces eso para mí es una ayuda porque saben que yo no voy a comer eso si siento el deseo me cómo pero un pedacito, yo galletas no como las saladas no me gustan por la sal.”

Para la señora Leonor no ha sido fácil lograr un completo apoyo familiar en sus cambios de hábitos alimenticios debido a la falta de conocimientos sobre el tema en algunos de sus parientes, a pesar de ello trata de llevar un control adecuado en el día a día y comentó:

“Mi esposo últimamente de tanto que yo le explico y le digo me apoya un poco, pero antes cuando yo no comía algo que yo sabía que a mí me hacía daño él se

molestaba me decía que me habían metido cosas en el cerebro en ASADI, me decía si la diabetes vos sola te puedes controlar que eso estaba en la mente de uno, pero ahora ya no mucho me hace esos comentarios al contrario porque a veces llega alguien que es diabético y le dice a esa persona platique con mi esposa ella sabe bastante y les dice que vayan a ASADI, de mis hijos que viven conmigo hay uno que más me apoya me ha acompañado a ASADI, mi familia están conscientes que yo tengo diabetes y saben lo que yo no puedo comer.”

Y agregó:

“Cuando hay algún cumpleaños ellos compran pastel normal y a mí me compran tartaleta que me la mandan hacer con esplenda. Y por mi hija que es doctora es que yo fui a ASADI, ella es la que me insistía que fuera me decía que ahí me iban a explicar y un día me dijo ‘yo te inscribí y yo no voy a quedar mal’ y yo por eso fui, pero al final eso era mentira ahí cualquiera puede llegar solo se sienta y escucha, y ella me decía que la iba hacer quedar mal porque ya me había anotado, hasta me dijo que ni había cupo y que ella había rogado para que yo fuera y eran puras mentiras. Ya hoy después decía ‘vaya mi mamá ya no quiere oír ni siquiera un consejo mío, hoy sólo ASADI, sólo ASADI vale para ella’, hoy hasta se enoja porque solo escucho lo de ASADI.”

Para la señora Renata los familiares deben participar y brindar apoyo a parientes diagnosticados, ya que en muchos casos son los familiares los que influyen a no llevar un control adecuado e inducen a tener una mala alimentación:

“Claro que sí, en el sentido que la familia tiene que ayudar, por lo menos aquí hay muchas amigas que el esposo les lleva pan dulce, cosa que no debe; se tiene que comer la misma comida porque este, digamos si se va a cocinar para varios porque no voy a cocinar solo para mí la comida saludable, sino que es parejo, así que claro que sí influye.”

Al preguntarle sobre la participación en ASADI a uno de los familiares de un asociado mencionó el motivo de su asistencia a los talleres educativos:

“Tenemos que tener cuidado en las comidas más que todo, los ejercicios también nos ayudan, yo no soy diabética, pero estoy apoyando a un hermano que es diabético; que los riñones se los daño la diabetes.”

En el tema de diabetes los recursos económicos son de suma importancia; muchas veces los familiares están aportando económicamente desde el momento que el pariente recibe el diagnóstico para que puedan asistir a ASADI pues esto implica gastos al momento de asociarse y expresó:

“Los familiares son importantes, también los recursos económicos, porque si no tenemos ni para el pasaje como vamos a venir a ASADI, o no vamos a tener para comprar un medicamento, hay diabéticos que tenemos que comprar propia medicina, pero lo que pasa que no hay recursos que nos apoyen porque hay medicamentos bien caros que no los podemos comprar, menos mal que mi familia está pendiente de mí, de que venga a ASADI.”

El hecho de tener el diagnóstico de diabetes a temprana edad por parte de una de las asociadas considera que involucro a sus padres a conocer sobre el tema de la diabetes, sin embargo surgen diversos conflictos porque a pesar de los conocimientos sobre el tema atribuyen la diabetes como una enfermedad y expresó:

“Desde el inicio que me diagnosticaron diabetes, si digamos tuve un apoyo, pero quizás a un más por parte de mis papás verdad, por la edad que yo tenía y toda la situación, pero a veces quizás hay momentos que digamos uno anda de mal humor quizás porque anda los niveles de azúcar alta o no sé, ... nosotros no en todos los momentos andamos como que estables emocionalmente, personalmente me molesta que mi familia diga que vos por tu diabetes... y empiezan a atribuirle a eso.”

Continúo la conversación, explicando:

“Entonces a mí, me molesta, porque no es así, simplemente quizá un mal día en trabajo el estrés, pero no ellos ya van que todo por la diabetes, a veces me molesta que me digan; es que vos estas enferma, por ejemplo cuando me mandan a hacer algo vienen y le dicen a mi hermana mejor ve tú porque ella está enferma y empiezan a atribuir ese tipo de cosas que me molesta sinceramente. Por lo demás todo bastante bien quizás me molestan solo en esos aspectos.”

Uno de los asociados relata que se ve afectado por la falta de educación por parte de un pariente cercano en su cotidianidad pues lo induce a alimentarse de una forma no adecuada, a pesar de ello trata de tener una buena alimentación y no consumir alimentos que dañen su organismo y dijo:

“Todo depende mucho de uno en mi caso solo somos mi papá y yo, el bien lindo va al Mister Donut y me compra las cajas de donas y me dice hay te traje y él sabe que yo soy diabético, pero hay las lleva y yo ahí las dejo, hay que coma el si las quiere, por eso es que depende mucho de uno, porque yo pienso que eso no lo hacen de mala onda o porque no lo quieren a uno si no porque son distraídos o qué sé yo, por eso uno mismo tiene que velar por su diabetes.”

Sin duda la familia juega un papel importante cotidianamente en el control adecuado de la diabetes ya que comparte la experiencia de la persona diagnosticada desde un inicio y depende de cada uno de los miembros apoyar a esta condición crónica.

Contar con el respaldo familiar es determinante para las personas con diabetes, al preguntar la manera en que cada grupo familiar realiza el acompañamiento al paciente, las respuestas fueron diversas: en unos casos hacen cambios en alimentación, en otros solo evitan comer frente a ellos alimentos que le están

prohibidos. Otra forma es, acompañarle a sus controles médicos, informarse sobre padecimiento, darle mayor atención y mejorar la comunicación con ellos.

Los parientes con quienes conviven diariamente, son los que brindan más soporte al afectado, tal como lo dice Iracema“... *Mi esposo es bien atento conmigo, él me dice cuando yo estoy comiendo demasiado, este él me dice acuérdesse que usted está enferma y no tiene que comer, coma poquito’, así, y entonces él me ayuda y mis hijos también, aunque están lejos porque hoy todos están lejos, solo él y yo nos hemos quedado pero él sin embargo me dice cuidado, que tenga cuidado a no herirme, a no hacerme otra cosa.*”

Para un niño que adquiere la diabetes tipo 1 a temprana edad, toda la familia debe involucrarse y prepararse para hacerle frente a emergencias que son muy comunes en los niños, en muchas ocasiones la diferencia entre la vida y la muerte del afectado depende de la dedicación, atención y preparación de la familia, esta responsabilidad generalmente se le recarga solamente a la madre de familia.

A incorporarse al entorno escolar, el niño está expuesto a otra realidad de convivencia con otros niños que no padecen diabetes y que le empujan a un comportamiento similar para sentirse integrado, como lo dice Paola al preguntarle ¿qué hacía cuando le ofrecían dulces sus compañeros de escuela? “...*Porque ahí está el problema mío porque yo si me los comía, porque al Bloom (hospital) me llevaban cada 5 ó cada 8 días, para decirle que yo solo en el hospital pasaba, en la escuela uno decía que nadie lo miraba, a pero con la enfermedad todo se le va para arriba.*”

Referente a la alimentación, ésta debe ser variada y adecuada a la condición física de cada paciente, por lo que represente un gasto adicional al presupuesto de la familia. Otra exigencia de cambio es el calzado, en este punto algunas usuarias mayores manifiestan que éste cambio les costó mucho, porque nunca

se acostumbraron a usar calcetines con zapato cerrado, mucho menos zapatos deportivos, *“al inicio sentía mucha pena, cuando la gente se me quedaba viendo y me sentía incomoda, porque toda la vida había usado sandalia, me costó mucho...”* dijo Lucrecia.

Al ser los afectados de diabetes generalmente personas mayores, varios dependen económicamente de sus cuotas de pensión, de la ayuda de sus hijos, esposos, algunos que tienen hijos fuera del país y reciben remesa, del fruto de sus trabajos o de sus pequeños negocios. Todos (los afectados) coinciden en que el apoyo familiar es importante para sobrellevar este padecimiento.

4.5 REUNIONES SOCIALES Y FIESTAS

A pesar que en cada charla educativa en ASADI se les recalca a los usuarios que no deben aislarse, que deben compartir con sus amigos, familias o compañeros de trabajo, la realidad, da cuenta que muchos de ellos evitan las reuniones sociales, principalmente por la alimentación, las bebidas, les es difícil ir a una fiesta y no comer o beber, y sobre todo tener que dar explicaciones porque no consumen lo que se ofrece.

Algunos afectados resienten y se quejan mucho de la actitud de la sociedad en general con respecto a las personas que padecen diabetes, muchas veces debido al desconocimiento científico y se repiten discursos que han quedado plasmados en el imaginario colectivo.

Una de esas actitudes es la tendencia a ver al afectado como alguien que pronto va a morir, que se va quedar ciego, que le van a amputar sus piernas, tristemente se ejerce cierto tipo de discriminación *“... Yo creo de alguna manera que sí se siente algo feo, porque hay gente que cree que uno ya no pudiera convivir con ellos, algo así, hay gente que hasta cree que se pasa.”*

Algo completamente opuesto sucede en las actividades de la Asociación. En noviembre del año 2017, se realizó una excursión con usuarios de ASADI Central, Hospital Nacional Rosales y Hospital Nacional de San Bartolo, al Restaurante La Octava Maravilla del Lago de Coatepeque.

Desde la salida del punto de reunión, todos los asistentes mostraban gran entusiasmo, alegría, en el trayecto se escuchaban las conversaciones, la carcajadas con los chistes y las palabras con doble sentido, otros compartían el café, los panes con requesón, con huevo o con queso que vendían en el bus las señoras y en particular un asociado muy activo que siempre se involucra con las colaboradoras de la Asociación.

Llegando al lugar, cada uno se juntó en las mesas con sus familiares que lo acompañaban y con los compañeros con quien tenía mayor afinidad. Se vistieron sus trajes de baño y sin perder más tiempo se metieron al agua en una especie de piscina natural que tenía el restaurante. Era evidente que estaban disfrutando de la actividad recreativa.

Al responder a la interrogante de cómo se sienten compartir con personas que tienen su mismo padecimiento, estos son algunos comentarios: *“ Yo me siento bien porque hay otros como uno; por primera vez que estoy experimentando eso y me siento bien de estar con otras personas que tienen lo mismo que uno.”* Otras como: *“Ahí se ayuda mutuamente, yo me siento bien;... porque compartimos, uno comparte cosas y se siente bastante familiarizado; es un apoyo, apoyo uno quiere hacer una consulta con alguien y aquí lo puede hacer; pues si porque uno ya conoce amigos... nos llevamos bien hasta ahora... platicamos de la enfermedad, que unos como no hacen caso se van y o sea varios se han muerto ya de aquí.”*

El relacionarse con otras personas que los entienden y con quienes hablan el mismo idioma (se identifican), contribuye en gran manera a mejorar el estado

de ánimo y la autoestima de los afectados, fortalece la identidad y las relaciones sociales como miembro de un grupo que crece cada día. La diabetes se convierte en un elemento de unificación más, que contribuye a mejorar la calidad de vida los que la padecen.

4.6 LA VIDA LABORAL EN UNA CONDICIÓN DE DIABETES

Las profesiones o los oficios de los participantes de este trabajo de investigación son diversas entre las que están, albañiles, carpinteros, vendedora, costureras, secretarias, el resto se dedica al cuidado de la familia y la casa. Los usuarios regulares de ASADI son en su mayoría personas mayores, un gran número de ellos son jubilados hombres y mujeres.

Para entrevistar a los informantes, se conversó previamente con varias personas para acordar fechas y horarios de entrevistas y manifestaban que el trabajo les impedía participar con más frecuencia en los talleres, esto nos obligó como investigadoras a abordar un número mayor de usuarios que nos permitió obtener información importante, que se retoma para este informe.

Don Jesús, hombre de 68 años, residente en el municipio de San José las Flores, usuario de ASADI que asiste a los talleres y que por iniciativa propia está formando un grupo de afectados de Diabetes en el lugar donde vive, empezó con 6 u 8 personas en su casa, él con la información de sus anotaciones de los talleres, impartía las charlas, obtenía información escrita en ASADI y en hospitales, a la fecha de ésta conversación en noviembre de 2017, el grupo había crecido a 20 personas.

Al crecer el grupo, se interesó por ir hablar con la Directora de la Clínica Nacional de FOSALUD del Municipio de San José Las Flores, y solicitarle un espacio dentro del recinto de salud, para reunirse con el grupo y posteriormente coordinó con ASADI para solicitar que un educador les visite por lo menos una vez al mes.

Don Jesús, es pensionado, trabajó muchos años como empleado público de un Ministerio y además tiene un negocio propio de venta de materiales de construcción. En este caso su deseo de ayudar a los demás y su compromiso por educar a la población, refleja que se puede tener diabetes y ser laboralmente muy activo.

Sobre los obstáculos en la vida, Lucas comparte su experiencia situaciones que tiene que vivir día a día en su vida laboral, al ser un trabajador por cuenta propia que se dedica a la construcción se enfrenta a situaciones complicadas, una de estas es que cambia de clientes con frecuencia porque su actividad es por obra (trabajo terminado no por hora) esto le obliga a tener jornadas largas y extenuantes que pueden durar hasta 10 horas.

Expresa: “Uno se levanta temprano en la mañana solo a bañarse, a desayunar al trabajo, normalmente llego a la casa a las siete de la noche, el trabajo en construcción es pesado a veces ando pegando cerámica, trabajando en techos, subiendo y bajando escaleras vea, todo eso... a veces no como a la hora...yo utilizo cinta métrica y se me empieza a desorientar la mente, tomo la medida y se me olvida o como que no estoy seguro.”

En cuanto a la seguridad social Lucas manifiesta que al no tener una empresa legalmente establecida no está inscrito en el Seguro Social ni afiliado a las Aseguradoras de pensiones. Para una persona con diabetes es un problema porque debe se requieren controles médicos frecuentes y medicamentos, esto preocupación se extiende al momento del retiro porque no gozará de una pensión de jubilación como el resto de empleados.

Entre los informantes algunos están en situación de jubilación, la condición de diabetes apareció cuando ya estaban en esta etapa, pero otros usuarios tienen empleos formales de forma temporal porque es difícil mantenerlos por las razones antes detalladas.

En los empleos formales algo complementario rutinario como las reuniones de trabajo, los convivios, las fiestas de fin de año, resulta para las personas con diabetes una situación que altera sus emociones y complica el desempeño de sus funciones. Las empresas e instituciones no tienen protocolos ni acciones para inclusivas que contribuyan a la incorporación de la población con enfermedades crónicas no transmisibles.

Por parte del Estado no existen políticas públicas que obliguen a las empresas a adecuar condiciones para contratar personal con diabetes, esta es una deuda que a pesar de las alarmantes cifras de incremento de casos cada año, aún no se toman medidas integrales de atención y prevención de este padecimiento.

REFLEXIONES FINALES

El padecimiento de la diabetes es una realidad mundial que afecta a millones de seres humanos, según la Federación Internacional de Diabetes, existen 500 millones de personas viviendo con el padecimiento, la mayor parte de ellos en países de renta baja y renta media. En El Salvador, ASADI afirma que 800 mil personas viven con esta condición, si bien los datos del MINSAL reflejan que cada año aumentan los casos en niveles alarmantes, no está disponible la información actualizada que lo respalde.

Este trabajo etnográfico se enfocó en hacer visible la cotidianidad de un grupo aglutinado alrededor de una asociación especializada, que incide en las modificaciones adoptadas en el estilo de vida luego de conocer que tienen un padecimiento crónico incurable.

Retomando a Moscovici, quien afirma que existen conocimientos cuya función es la creación de determinados comportamientos y comunicación entre los individuos. El proceso de la diabetes es individual, pero requiere de aportes colectivos que lo fortalezcan, uno importante es la educación diabetológica, que conduce al conocimiento y una mejor calidad de vida.

A lo largo de esta investigación, se incluye el discurso como una acción social que ha permitido conocer las experiencias individuales de los participantes; además el discurso como un hecho de interacción social, ha ayudado a comprender una serie de representaciones sociales que corresponden al modo de operar del pensamiento cotidiano.

En este estudio de carácter antropológico, se analizó la diabetes desde dos puntos de vista; la primera es lo cultural, en el cual se observó los cambios que suceden y las modificaciones en el estilo de vida; y la segunda, es lo social,

donde se expuso el impacto que genera la condición en las relaciones sociales del afectado.

Respecto al punto de vista cultural, se puede decir que gracias a la información proporcionada por los participantes, se conoció el proceso y las experiencias físicas y psicológicas que impactan a los asociados y que corresponden a los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la diabetes.

Es necesario señalar que cada padecimiento crónico tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución, en el caso de la diabetes, se llega a percibir popularmente como una sentencia de muerte, como una “enfermedad” que dura mientras la persona esta con vida, sin embargo al llevar un control adecuado, los síntomas son casi inexistentes.

En este proceso muchas personas al dejar de percibir los síntomas dejan de lado el tratamiento farmacológico, pero la diabetes siempre permanece, es por ello que se le considera una “enfermedad silenciosa”, que llega ser visible cuando suceden complicaciones.

En relación con el diagnóstico, se observó que tiene implicaciones sociales y psicológicas, éstas influyen al momento de aceptar o rechazar tanto la noticia de poseer una condición crónica, como la de adherirse al tratamiento. La decisión de seguirlo o no, se debe en parte a las preconcepciones que existen sobre el padecimiento, en la mayoría de los casos esa información está cargada de creencias y mitos.

Una información inadecuada e imprecisa y sin base científica, puede crear confusiones en los afectados y fácilmente pueden ser víctimas de engaños que ponen en riesgo su salud y hasta su vida.

Durante la etapa de asimilación, surgen dudas, miedo, frustración y hasta enojo por una noticia inesperada, en ocasiones también se puede ignorar el diagnóstico como una forma de autodefensa ante la mala noticia.

La reacción sea positiva o negativa al diagnóstico depende muchas veces de la actitud de la persona, de la edad, e incluso del género y su entorno social, esto también sucede con la adherencia al tratamiento, hay personas que tienen dificultades y a otras simplemente se les facilita aceptarlo.

Un detalle importante es que en El Salvador (ENECNT/MINSAL)¹⁹, el género femenino es el que mayor casos de diabetes presenta, a diferencia de los datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID), que reflejan a nivel mundial que la mayoría de casos pertenecen al género masculino.

A partir del diagnóstico, su aceptación y rechazo, y la adherencia al tratamiento, se inicia una reconstrucción de una nueva identidad, en este caso como una persona que posee un padecimiento crónico que la obliga a realizar modificaciones en su diario vivir.

Desde la visión del observador, es importante aclarar que no todos los casos estudiados manifiestan rechazo al cambio en la alimentación, algunos incluso llegan a agradecer las prohibiciones, porque al aplicarlas como un estilo de vida pueden prevenir otros casos de diabetes en su grupo familiar, llevar una vida “normal”, y una expectativa de vida más larga.

Comprender la forma en que es percibida la diabetes se vuelve esencial, ya que a nivel de discurso se hace una separación de los términos de enfermedad y padecimiento, sin embargo, para las personas entrevistadas estos términos tienen la misma connotación. Al enfrentar el padecimiento, la mayoría de los

¹⁹ Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENECNT), 2015. Ministerios de salud de El Salvador.

participantes tomó la decisión de aprender sobre el tema (síntomas, cuidados y prevención, complicaciones y tratamiento), para ellos el “saber más los hace sentirse seguros y preparados”; además les da la confianza para llevar una vida como el resto de la población.

Contar con apoyo, expresar dudas y temores, escuchar las experiencias de los demás, es un medio que les ayuda a sobrellevar el padecimiento y no sentirse “diferentes” al resto que no tiene la condición e incluso llegan a sentirse seguros y “más saludables” que otros.

En la mayoría de los casos, el apoyo lo encuentran en personas que poseen la misma condición, es decir, grupos de apoyo como ASADI, cada vez que se reúnen, afirman y fortalecen su identidad colectiva, por ejemplo en todas las actividades está presente el símbolo del círculo azul que los representa.

Este símbolo tiene sentido desde el momento que las personas lo hacen parte de su realidad, su función es afirmar la identidad grupal, ya que para los asociados se convierte en un sistema de comunicación, pues produce físicamente expresiones con diferentes fines prácticos, reglas codificadas, normas y valores que dan un significado.

En cuanto a la relación médico-paciente, en este caso se optó por referirse al asociado, en este proceso que dura toda la vida, la comprensión, paciencia y tolerancia del médico juega un rol esencial y contribuye a disminuir la enorme brecha que tradicionalmente ha existido entre ambos, idealmente se requiere de un equipo multidisciplinario para el abordaje y atención del tema.

Los usuarios de la ASADI, con el paso del tiempo han logrado consolidarse como un grupo, se auto-identifican y son identificados por otros, trascendiendo del grupo de personas diabéticas de El Salvador, al grupo de personas que tienen una condición, la conocen y que adoptan un nuevo estilo de vida. Se ha

creado al interior del grupo de usuarios, valores y normas que lo regulan, tienen sus propios códigos de información que los distancia del resto de individuos, que no tienen conocimiento de la condición que le aqueja.

A pesar que los talleres educativos son abiertos a toda la población, el grupo familiar muy pocas veces les acompañan, algunos parientes conciben la diabetes como una enfermedad y no como un padecimiento y esto genera diversos conflictos; pues las personas se sienten discriminadas por su condición y a la vez manifiestan sentirse inducidos a tener una mala alimentación.

El estudiar la diabetes desde una perspectiva social, las relaciones sociales de los individuos se ven afectadas en cierta forma, aunque ellos conscientemente no se den cuenta o lo nieguen, lo cierto es que se ha observado que al momento de complicaciones sus relaciones laborales, sociales, familiares e interpersonales se ven afectadas.

Se estima que no existe la adopción de una cultura de prevención, ya que la mayoría de los participantes descubrieron el padecimiento a través de los síntomas y posterior diagnóstico del médico.

Se puede determinar que el abordar la diabetes desde la antropología, ha permitido descubrir que no solo se debe abordar como una “enfermedad” que altera el metabolismo del cuerpo, sino estudiarse y analizarse desde la perspectiva de quien la padece para poder obtener resultados en la prevención.

Finalmente, un hallazgo determinante encontrado en el trabajo etnográfico, es que la alimentación junto al sedentarismo constituyen dos elementos fundamentales en el incremento de casos de diabetes tipo 1 y tipo 2 entre los usuarios de ASADI. Esto refleja una parte de la sociedad salvadoreña que bien puede relacionarse con todo el país, pero para asegurarlo se requieren de

estudios más amplios que se interesen en profundizar en los estilos de vida de la población nacional.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

AGU-CSU (2013) “Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”. C. U. San Salvador. Asamblea General Universitaria, 5 de agosto de 2013. Publicado en Diario Oficial, San Salvador.

BARFIELD, THOMAS (2000) “Diccionario de antropología”. Editorial: Siglo XXI Editores, México, D.F.

BOURDIEU, PIERRE. (2008). “El lenguaje autorizado: las condiciones sociales de la eficacia del discurso ritual” y “los ritos de institución”. En ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid, España: AKAL.

ESCOBAR CORNEJO, MARÍA DEL CARMEN (2016) “Instructivo Específico sobre Egreso y Procesos de Graduación en la Escuela de Ciencias Sociales”. C. U. San Salvador, Unidad de Procesos de Grado de la escuela de Ciencias Sociales 2008. Aprobado por Junta Directiva Acuerdo 807, 13 de junio de 2014 y actualizado en enero 2016.

GILBERTO GIMENEZ (1983). “PODER, ESTADO Y DISCURSO. Perspectivas Sociológicas y semiológicas del discurso político-jurídico. Dirección de General de Publicaciones. Universidad Autónoma de México, México.

JODELET, DENISE. (1986) “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En: Moscovici, Serge. Psicología Social, II. Ediciones Paidós, Barcelona, España. 469-494.

JODELET DENISE Y ALFREDO GUERRERO TAPIA (COORDINADORES). (PRIMERA EDICIÓN 2000) “Develando la cultura: estudios en representaciones sociales”. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

MOSCOVICI, SERGE (1979). "El psicoanálisis, su imagen y su público". Editorial Huemol S.A; Buenos Aires, Argentina.

SERAROLS RODAS, JUAN FRANCISCO Y ESCOBAR CORNEJO MARÍA DEL CARMEN (2014) "Sistema de Evaluación Sumativa para Procesos de grado en las Licenciaturas de la Escuela de Ciencias Sociales". C. U. San Salvador, Unidad de Procesos de Grado. Aprobado por Junta Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades. Junio de 2014.

REVISTAS

GARCÍA DE ALBA, JAVIER E., SALCEDO ANA Y LÓPEZ BERENICE "Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México". Desacatos, núm. 2, mayo-agosto 2006, pp. 97-108, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

GARZA ELIZONDO, MARÍA EUGENIA; CALDERÓN DIMAS, CRISTÓBAL; SALINAS MARTÍNEZ, ANA MARÍA; NÚÑEZ ROCHA, GEORGINA M.; VILLARREAL RÍOS, ENRIQUE. (2003); "Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2". Instituto Mexicano del Seguro Social, volumen 41, nº 6; págs.:465-472. México.

GAYTÁN-HERNÁNDEZ, ANA ISABEL Y JAVIER E. GARCÍA DE ALBA-GARCÍA. (2005) "El significado de la diabetes mellitas tipo 2 desde la perspectiva del paciente; Instituto Mexicano del Seguro Social" I, volumen 44, nº2; págs.: 113-120; México.

LARA MARTÍNEZ, CARLOS B. (2002). Las identidades socioculturales de los salvadoreños, San Salvador, Anuario de investigaciones 2, Separata: LAS IDENTIDADES EN EL SALVADOR, Universidad Dr. José Matías Delgado.

REYNALS E., DIUMENJO M., PAROLA A., TESTASECCA E., CALVO D., LEMOS P., LÓPEZ G., PEREYRA S., CARRIÓ D., OSACHEZ S., MANESCHI E., FIGUEROLA D. (2007) “Algunas reflexiones, desde la antropología, a propósito de los programas de educación de personas con obesidad, riesgo cardiovascular o diabetes”. Revista Médica Universitaria, vol. 3, nº 1: s.p.

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES, REPORTE, Y PORTALES ELECTRÓNICOS

ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, ASADI, sitio web.

ASPECTOS METODOLÓGICOS SOBRE LA DETERMINACIÓN DE LA DIETA BÁSICA PROMEDIO -DBPY LA CANASTA BASICA ALIMENTARIA – CBA1 JOSUÉ SAMUEL HERNÁNDEZ DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (DIGESTYC) EL SALVADOR. CEPAL. Disponible: www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER13/13.pdf

ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES. (2015): “50 años de investigación y tratamiento de la diabetes.” Comunicado de prensa de la asociación americana Sala de prensa: 5 de junio de 2015.

CONTROLAR EMOCIONES AYUDA A CONTROLAR LA DIABETES (2013). Disponible:

<http://www.canaldiabetes.com/controlar-emociones-ayuda-a-controlar-diabetes/>
DIABETES ATLAS 2017, Octava Edición. Federación Internacional de Diabetes FID.

EL DIARIO DE HOY. MUJERES Y DIABETES. Viernes, 10 de noviembre de 2017.

Disponible en: <https://www.elsalvador.com/opinion/editoriales/417694/mujeres-y-diabetes>.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. “Plan mundial contra la diabetes 2011- 2021”

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES: “Atlas de la diabetes”, sexta edición 2013. Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID. Disponible: www.idf.org/diabetesatlas.

FUNDACIÓN PARA LA DIABETES DE ESPAÑA.

Disponible: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/82/conozcamosla-mejor>.

GARCÍA, JOSÉ (2000). “Informar y narrar: el análisis de los discursos en las investigaciones de campo” Universidad Complutense de Madrid. Revista de Antropología Social.

LÓPEZ CALDERÓN, JOSÉ IGNACIO LAVÍN CARCOBA, CARLOS HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, MERCEDES CARRERA ESCOBEDO (2015). “La experiencia vivida por las personas que padecen diabetes: cuerpos, cifras y normas”. Investigación cualitativa. Fundación de la Enfermería de Cantabria. Nuber Científica.

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR (MINSAL)

Disponible: <http://www.salud.gob.sv>

MINSAL (2014): “Encuesta sobre la Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Factores de Riesgo en población adulta de El Salvador (EFRAES) 2014.” Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. San Salvador, 16 de mayo de 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Disponible: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

RODRÍGUEZ SALAZAR, TANIA Y MARÍA DE LOURDES, GARCÍA CUIEL. (2007). "Representaciones Sociales. Teoría e Investigación". Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Guadalajara. Editorial CUSCCSH- UDG

SERRATO EMILIO, "HISTORIA DE LA DIABETES".

Disponible:<http://https://es.scribd.com/document/358221952/Historia-de-La-Diabetes.2000000072e1122f0a9/HISTORIA%20DE%20LA%20DIABETES.pdf>. Es A.T.S. en el Centro de Salud Palma-Palmilla.

eserratog29@enfermundi.com

TORRES-LOPEZ, TERESA MARGARITA; SANDOVAL-DÍAZ, MANUEL Y PANDO-MORENO MANUEL. (2005) "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saú de Pública, Rio de Janeiro, 21 (1): 101-110.

FUENTES ORALES

CHARLAS EDUCATIVAS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, ASADI, sede Central y Filial Hospital Nacional Rosales, septiembre-Diciembre 2017.

CONFERENCIA Y JORNADA EDUCATIVA CON ESPECIALISTAS, ASADI, San Salvador, 2 de diciembre de 2017.

SEGUNDA PARTE:

DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN EN PROCESO DE GRADO. 2017-2018

1. PLAN DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO
2017-2018.
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES:
VIVIENDO CON LA DIABETES UN ESTUDIO ANTROPÓLOGICO CON
USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE
CENRAL SAN SALVADOR (2017-2018)

1.
**PLAN DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE
GRADO 2017-2018**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO CICLO II-
2017 Y CICLO I-2018

PRESENTADO POR
ARISTONDO POLÍO, ANA VANESSA
AYALA ZELAYA, EVELIN SIOMARA
DÍAZ HERNÁNDEZ, CECILIA IRENE

CARNET
AU08002
AZ11010
DH10018

PLANIFICACIÓN ELABORADA POR ESTUDIANTES EGRESADAS DE LA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL
PARA LA UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018.

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar.
DOCENTE ASESORA

Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas
COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO

23 DE OCTUBRE DE 2017.
CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR EL SALVADOR.

ÍNDICE

PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y CICLO I-2018

INTRODUCCIÓN	187
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO	188
1.1 ORGANIZACIÓN	188
1.2 PRODUCTO DEL TRABAJO EN EL PROCESO DE GRADO	189
1.3 ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GRADO	190
1.3.1 Docente Asesora	190
1.3.2 Coordinación General de Procesos de Graduación	191
1.3.3 Responsable del Proceso de Graduación	191
1.3.4 Tribunal Calificador	191
2.1 OBJETIVOS GENERALES	192
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	192
ACTIVIDADES Y METAS	193
3.1 ASESORÍAS PROGRAMADAS	193
3.2 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	193
ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN	194
4.1 SELECCIÓN DE INFORMANTES CLAVES	194
4.2 FORMULACIÓN METODOLÓGICA	194
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	194
4.4. VISITAS DE CAMPO	195
4.5. REDACCIÓN DE DOCUMENTOS	195
POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y DE LA INVESTIGADORA	196
5.1 INSTITUCIONALES	196
5.2 INVESTIGADORA	196
5.3 GRUPO DE INVESTIGACIÓN	197
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y TIEMPO	197

6.1 RECURSOS HUMANOS	197
6.2 RECURSOS MATERIALES	198
6.3 RECURSOS FINANCIEROS	198
6.4 TIEMPO	198
MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN.....	199
7.1 CONTROL	199
7.2 EVALUACIÓN.....	199
CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018	202
PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO...	203
CUADRO RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GRADO (CICLO II-2017 Y I-2018	204
BIBLIOGRAFÍA.....	205

INTRODUCCIÓN

La planificación elaborada por tres estudiantes egresadas de la Escuela de CIENCIAS SOCIALES “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, en la Facultad de Ciencias y Humanidades, forma parte de los requisitos del “Reglamento de la Gestión Académica-Administrativa de la Universidad de El Salvador” para optar al grado de licenciada en Antropología Sociocultural.

El título de este documento es: “Plan de Investigación en Proceso de Grado Ciclo II-2017 y Ciclo I-2018”. Donde se jornalizan todas las actividades que se realizarán durante la investigación.

El objetivo de este documento es el de planificar y determinar cada una de las etapas y fases durante todo el proceso de inicio y finalización de la investigación para lograr los objetivos planteados.

La importancia de esta planificación radica en poner en práctica las herramientas teóricas y metodológicas, utilizadas durante los seminarios de investigación I, II y III; se pretende exponer la cotidianidad y el conocimiento de sentido común de las personas con diabetes.

Respecto al Plan de Investigación se encuentra constituido por la Descripción del Proceso de Grado, Organización del Proceso de Grado, Productos o Resultados del Trabajo en el Proceso de Grado, Administración y Evaluación del mismo, Objetivos Generales y Específicos, Actividades y Metas, Estrategias de Investigación, Políticas Institucionales y Grupo de Investigación, Recursos Humanos, Materiales, Financieros y Tiempo, Mecanismos de Control y Evaluación, finalmente los anexos.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO

1.1. ORGANIZACIÓN

El Proceso de graduación consiste en desarrollar una serie de actividades académicas (desarrollo investigativo) que con la asesoría de docentes, el estudiante logra poner en práctica lo aprendido en los años de estudio, culminando con la presentación y defensa del informe final.

El Proceso de Grado es el último requisito de la Licenciatura en Antropología Sociocultural de la Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, de la Facultad de Ciencias y Humanidades en la Universidad de El Salvador, para la obtención del grado y título académico.

En este sentido, las egresadas podrán inscribirse para ejecutar el proceso de grado según lo establecido en el Artículo 192 del capítulo 1 de trabajo de grado en el Reglamento de la Gestión Académico Administrativo de la Universidad de El Salvador (RGAAUES), referido al cumplimiento de los requisitos establecidos en los planes y programas de estudio, tales como: hacer preinscripción del proceso de grado con el Coordinador General de Procesos de Graduación de la Escuela de Ciencias Sociales; presentar constancias de egreso para la inscripción legal del proceso de grado; hacer la solicitud de inscripción el primer mes de cada ciclo en la Administración Académica de la facultad y en línea.

El trabajo de graduación estará a cargo de las estudiantes egresadas e inscritas, para tal efecto se hará ante la Administración Académica de la Facultad de Ciencias y Humanidades. Es única responsabilidad de las egresadas llevar a cabo todas las actividades que el mismo Proceso de Grado demande. Así también, junto a la Docente Asesora se programarán los tiempos y fechas para la presentación de los avances de investigación.

Este proceso tiene como tiempo máximo de realización, según el Reglamento Específico de Graduación de la Facultad de Ciencias y Humanidades de seis meses a un año. Tiempo en el que las egresadas y la Docente Asesora deben seguir una serie de pasos de acuerdo al plan de estudio de la licenciatura y lo establecido en el Reglamento Interno de la Facultad.

El tiempo estimado para la realización de la presente investigación se considera de un año, correspondiente al ciclo II-2017 y I-2018. Al respecto, este proceso estará a cargo de las estudiantes egresadas de la Licenciatura en Antropología Sociocultural que cumplen con los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Durante el tiempo estimado para este proceso investigativo se desarrollarán las actividades necesarias y suficientes para culminar con dicho proceso y su presentación a las autoridades universitarias, de tal manera que para su aprobación se requiere una aprobación de seis punto cero (6.0), en una escala de uno a diez. La calificación final será la sumatoria de las notas obtenidas en las diferentes actividades.

En este sentido, la investigación que se propone durante el Proceso de Grado es la continuidad del trabajo teórico y de campo realizado por las estudiantes durante los seminarios I, II y III, incorporados en la carga académica de la Licenciatura en Antropología Sociocultural.

1.2. PRODUCTO DEL TRABAJO EN EL PROCESO DE GRADO

Los documentos a presentar son: Propuesta de Perfil sobre tema de Investigación en Proceso de Grado, Plan de Trabajo o Plan de Investigación, Proyecto de Investigación, avances de capítulos y finalmente la entrega del informe final.

Como parte de los resultados de la investigación, las estudiantes investigadoras (3 estudiantes), tienen como objetivo presentar el informe final que contenga en sus páginas los documentos que requiere la Universidad (Planificación de la investigación y Proyecto), así también, los resultados formales de la investigación (marco teórico y metodológico; desarrollo de la investigación y resultados), para que posteriormente se ponga a disposición de la población interesada en dicha problemática.

El tipo de investigación a desarrollar durante el Proceso de Grado y en específico para la Licenciatura en Antropología Sociocultural, es aplicar técnicas del trabajo etnográfico, en donde se reúnen datos empíricos que posteriormente serán interpretados.

1.3. ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GRADO

Según lo manifiesta el Reglamento de Gestión Académica-Administrativa de la Universidad de El Salvador, la administración de los procesos de grado consisten en: Docente Asesora, Coordinación General de Procesos de Graduación, Responsable del Proceso de Graduación y Tribunal Calificador.

1.3.1. Docente Asesora

La Docente Asesora, Licda. Laura Cecilia Mena Quintanar; será la responsable de coordinar y evaluar el trabajo de grado en todos sus componentes, bajo la supervisión del Coordinador General de Procesos de Graduación. La Docente Asesora será nombrada por Junta Directiva de la Facultad y propuesta de acuerdo con el tipo de investigación a desarrollar en el trabajo de grado; y dicha propuesta se hace mediante la Coordinación General de Procesos de Graduación en forma coordinada con el jefe de la Unidad Académica correspondiente y las estudiantes.

En general, entre las responsabilidades de la Docente Asesora se encuentran:

Acompañar correcta y eficientemente la realización de las actividades programadas en el Proceso de Grado por las estudiantes; así también, la calificación de los avances del trabajo y las exposiciones parciales de los capítulos.

1.3.2. Coordinación General de Procesos de Graduación

La persona encargada de la Coordinación General de Procesos de Graduación de la Escuela de Ciencias Sociales, será la responsable de la organización y planificación de los Procesos de Graduación.

Entre las funciones de la Coordinación que está a cargo del Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas, son: proponer a Junta Directiva la docente asesora; y además se encargará de supervisar aspectos formales de los documentos y de las etapas de investigación tal como solicitar tribunal calificador y la ratificación del informe final por parte de la Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades. En este sentido, la coordinación tiene el cargo de orientar y guiar que todo proceso concluya de manera satisfactoria.

1.3.3. Responsable del Proceso de Graduación

Las estudiantes egresadas e inscritas en el Proceso de Grado de la Licenciatura en Antropología Sociocultural, son las únicas responsables de llevar a cabo este proceso; iniciando con la inscripción y culminando con la presentación del informe final ante el Tribunal Calificador. En este proceso se llevará a cabo la exposición y defensa de la planificación, el proyecto de investigación y los resultados del trabajo investigativo.

1.3.4. Tribunal Calificador

Al Tribunal Calificador se le adjudica la evaluación del producto obtenido durante la ejecución o desarrollo de la investigación. En concreto, la exposición

y defensa del informe final de investigación. Dicho Tribunal Calificador estará integrado por tres miembros, los que serán nombrados por Junta Directiva, a propuesta del Coordinador General de Procesos de Graduación correspondiente, docentes de la Facultad asignados de acuerdo a la temática desarrollada en el trabajo de graduación, Tribunal en el que deberá ser parte integrante la Docente Asesora.

El Tribunal Calificador luego de escuchar la exposición del mismo, hará replicas necesarias y lo aprobará o hará las observaciones pertinentes, luego de subsanadas las mismas a criterio del Tribunal lo aprobará de manera definitiva.

2.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

2.1.1 Estudiar el tema de investigación partiendo de la problemática social de la cual se está abordando.

2.1.2 Orientar el trabajo de investigación a partir del método etnográfico (cualitativo), el cual registrará su estudio.

2.1.3 Recolectar datos a través de las historias de vida en donde los informantes claves serán las personas con diabetes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Entender las formas como las personas perciben la diabetes y su manera de vivir con la condición.

2.2.2 Analizar el tema a partir del enfoque de las representaciones sociales para poder acceder a las formas de pensamiento de los informantes claves.

2.2.3 Poner en práctica los métodos y técnicas aprendidos durante la formación académica.

2.2.4 Analizar y exponer con claridad cada uno de los ejes abordados.

2.2.5 Realizar las visitas de campo en el período que se ha establecido.

2.2.6 Recolectar y transcribir las historias de vida que han sido previamente grabadas en audio.

3. ACTIVIDADES Y METAS

3.1 ASESORÍAS PROGRAMADAS

En la primera quincena del mes de septiembre de 2017 se presentará el Plan y Proyecto de Investigación a la Docente Asesora para su respectiva revisión y realización de las observaciones correspondientes y posteriormente se realizarán las modificaciones pertinentes.

Después de corregidos los documentos serán entregados a la coordinación para que también pueda orientar la correcta redacción de los diversos documentos.

3.2 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

La primer etapa que consta en la Planificación y Organización se realizará y entregará durante los meses de agosto y septiembre 2017; la segunda etapa, es sobre la ejecución y trabajo de campo, abarca los meses de octubre 2017 a febrero 2018, durante este período se pretende procesar la información, ordenar y clasificar los datos para redactar avances de informe final, así mismo se incorporarán observaciones de parte de la Docente Asesora; y finalmente la tercer etapa que se desarrollará entre los meses de marzo a mayo, de esta manera se espera poder culminar con la redacción del informe final para

presentarlo al Tribunal Calificador y posteriormente incorporar las observaciones hechas por el Tribunal al informe final.

4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN

4.1 SELECCIÓN DE INFORMANTES CLAVES

En este proceso participarán personas que de manera voluntaria nos concedan parte de su valioso tiempo para brindarnos la información necesaria que sustentará a la investigación.

Las personas seleccionadas son las que han cumplido con los requisitos, características y atributos establecidos para la investigación, entre las principales es que tengan la condición de diabetes no importando su tipo, ya que el propósito es contar con información clara y profunda del tema investigado.

4.2 FORMULACIÓN METODOLÓGICA

El estudio que se pretende realizar es de tipo cualitativo (analítico descriptivo) ya que se trata de enfatizar en las características y el perfil de la población que se tiene como objetivo en la investigación, en el sentido, que este grupo son portadores de los diferentes aspectos a estudiar, se detallará y expondrá la relación de los sujetos con la problemática de investigación. Además en este proceso investigativo se aplicarán, métodos y técnicas propias del quehacer antropológico.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo como eje rector la utilización del método etnográfico en la presente investigación, se combinarán una serie de técnicas propias del método antes mencionado, entre las técnicas a utilizar podemos mencionar: la observación participante que tendrá el objetivo de convivir con los sujetos de estudio y así observar su conducta y comportamiento de los mismos, así mismo nos ayudará

a tomar notas de campo y recolectar información a través de entrevistas informales, es decir, conversaciones espontáneas.

Otra técnica a utilizar para la realización de esta investigación son las entrevistas formales, las cuales se realizarán en un ambiente de confianza para que fluya de manera natural sin perder el enfoque de estudio, esto se realizara con el fin de obtener una información amplia y precisa.

También se recolectarán historias de vida que consistirán en conversar y sobretodo escuchar a las personas que voluntariamente accederán a comentarnos lo que diariamente viven al padecer la diabetes, esto se hará con el objetivo de lograr una comprensión sobre la realidad en la que se encuentran inmersos los informantes.

4.4. VISITAS DE CAMPO

Nos permitirá relacionarnos con los sujetos de estudio y así recopilar información empírica sobre la realidad del fenómeno estudiado, también se procurará asistir y participar en las diferentes actividades que se desarrollan en los talleres educativos de las filiales central y Hospital Nacional Rosales.

4.5. REDACCIÓN DE DOCUMENTOS

Desde el punto de partida del proceso de grado hasta su conclusión conlleva la elaboración de diferentes documentos, el perfil fue el primer documento realizado con el objetivo de presentar un esbozo de la investigación: planteamientos del problema, objetivos, justificación, etc. Y lograr la aprobación del tema y la asignación de un docente asesor.

Se presenta el plan y el proyecto de investigación, es este último se proponen los capítulos que piensan desarrollarse en el informe final, sin embargo, no debemos olvidar que las hipótesis, objetivos, marco teórico y capitulación, entre

otras partes pueden transformarse, pues esto va depender de la profundización efectuada en la interrelación campo-teoría.

Como meta final se pretende entregar los documentos en los tiempos estipulados y cumpliendo con los requerimientos y formatos acordados. De manera, que pueda llevarse a cabo la defensa del informe ante el tribunal calificador.

5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y DE LA INVESTIGADORA

5.1 INSTITUCIONALES

Las investigadoras estarán orientadas mediante el “Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador”. Se cumplirá con la normativa de la Facultad de Ciencias y Humanidades, la Administración Académica y de la Escuela de Ciencias Sociales. Tanto la ejecución de las etapas del proceso de la planificación de la investigación, la entrega del informe final, así como la participación colectiva o individual, estará normada de conformidad a los artículos n°203, n°207 y n°208 del RGAAUES.

Según el artículo 216 del Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador, los derechos de autoría de los trabajos de investigación elaborados en los procesos de graduación, serán propiedad exclusiva de la Universidad de El Salvador, la que podrá disponer de los mismos de conformidad a su marco jurídico interno y legislativo aplicable.

5.2 INVESTIGADORA

Las investigadoras regirán su proceso mediante el Reglamento de Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador y las orientaciones de la Coordinación General de Procesos de Graduación y la Docente Asesora, cumpliendo con la planificación presentada a la Escuela de Ciencias Sociales.

Es así que la principal política que se llevará a cabo en la investigación, será aquella que tiene que ver con el respeto a la información recabada durante la investigación y la cual se refiere a que se guardará la identidad de aquellas personas que sean partícipes en la investigación, los cargos, estatus y cualquier dato que ponga en duda la confidencialidad de los informantes.

El Informe Final de Trabajo de Grado se entregará en primer lugar, a la Docente Asesora para revisar si se han cumplido con los requerimientos del Proceso de Grado e incorporado observaciones del Tribunal Calificador a los documentos. En segundo lugar, se dará por aprobado los documentos y el proceso realizado.

5.3 GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Siguiendo el Reglamento de la Gestión Académico – Administrativa de la Universidad de El Salvador en su Art. 188 al 193, la participación en el desarrollo de la investigación puede ser individual o colectiva. En este caso la investigación se desarrollará de manera colectiva, siendo tres el máximo número de integrantes, las estudiantes poseen calidad de egresadas de la Licenciatura en Antropología Sociocultural.

6.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y TIEMPO

6.1 RECURSOS HUMANOS

En este proceso se cuenta con las estudiantes egresadas de la carrera en Licenciatura en Antropología Sociocultural de la Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, así también con la asesoría de la Docente Asesora y la supervisión del Coordinador General de Procesos de Graduación, además de la colaboración del Tribunal Calificador, comentaristas; y finalmente, con la colaboración de la institución que trabaja y maneja el tema de diabetes con personas a la cuales se les ha diagnosticado el padecimiento, entre otros. (Ver anexo n° 2 en página 204)

6.2 RECURSOS MATERIALES

Entre los recursos materiales a ocupar y para llevar a cabo la investigación son: computadora, grabadora, cámara fotográfica, papelería, baterías y otros que se detallarán en el anexo 2 de este documento. (Página 204)

6.3 RECURSOS FINANCIEROS

Para llevar a cabo este proceso, es importante enfatizar que se han realizado las consideraciones pertinentes en cuanto a aspectos económicos, logísticos, sociales (poblaciones) y bibliografía para la realización de la investigación, al igual que los recursos materiales, este recurso se detallará en el anexo 2 de este documento. Dicho financiamiento corresponde a las estudiantes en Proceso de Grado. (Ver anexo n°2 en página 204)

6.4 TIEMPO

En el Reglamento Específico de Procesos de Graduación de la Facultad de Ciencias y Humanidades, el tiempo prudencial para llevar a cabo el estudio es de seis meses a un año, el cual puede ser prorrogado hasta seis meses más, media vez Junta Directiva así lo apruebe.

Para el caso específico de esta investigación se solicitó un año para lograr terminar de la mejor forma el estudio que implicará desde la formulación del perfil, plan y proyecto de investigación hasta que el Coordinador General de Procesos de Graduación envíe a Junta Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades los resultados obtenidos del proceso de evaluación para su ratificación.

Las estudiantes egresadas e inscritas en el proceso de graduación son responsables de llevar a buen término el cumplimiento de estos períodos. Esta planificación se dispone a ser completada dentro de los tiempos establecidos. (Ver anexo n°1 en página 203)

7. MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN

7.1 CONTROL

La Docente Asesora llevará a cabo las evaluaciones de las actividades pertinentes y las que establezca la normativa universitaria vigente. En dichas evaluaciones se tomará en cuenta las presentaciones del primer y segundo avance, la exposición individual de los capítulos, la entrega de la primera versión del informe final.

Dichas evaluaciones se presentarán en un informe al Coordinador General de Procesos de Graduación de la Escuela de Ciencias Sociales. La coordinación enviará a Junta Directiva de la Facultad la evaluación de la primera (planificación) y segunda etapa (ejecución y resultados) de la investigación para solicitar el Tribunal Calificador.

Las estudiantes entregarán tres ejemplares de la primera versión del informe final con las observaciones incorporadas de la Docente Asesora. El Tribunal Calificador (artículo 207) evaluará los productos obtenidos en la ejecución de la planificación, exposición y defensa del Informe Final de la investigación. (ver anexo 3 de este documento)

7.2 EVALUACIÓN

La evaluación es de carácter formativa sumativa y será llevada a cabo por la docente asesora quién tomará en cuenta las diversas actividades que componen el proceso de grado. En consecuencia la evaluación del proceso de grado se constituye por diferentes etapas descritas a continuación. (Ver anexo N° 3, pág. Núm. 205)

La etapa I, con el 30%, comprende la evaluación de asistencia y participación de la estudiante egresada y la presentación del plan y protocolo de investigación.

La etapa II, concierne a la ejecución de la investigación y se le atribuye un 40% del total. Está conformada por los avances que sean entregados a la docente asesora y una exposición parcial establecida por la misma. En su conjunto dan pie a la entrega del informe final y suman el 70% del porcentaje final.

La última etapa o etapa III, cuenta con el 30% asignado y se refiere a la exposición y defensa del informe final, completando el 100% de la evaluación del proceso de grado. (Ver anexo n°3 en página 205)

ANEXOS

1. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018
2. PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y CICLO I-2018
3. CUADRO RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GRADO (CICLO II-2017 Y I-2018)

ANEXO N°1
CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE
GRADO CICLO II-2017 Y I-2018

N°	ACTIVIDADES	MESES Y AÑOS 2017-2018									
		AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
	ETAPA 1 PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN										
1	Elección y propuesta de perfil de tema	x									
2	Revisión bibliográfica, documentos, etc.	x	x								
3	Elaborar planificación: plan, diagnóstico y protocolo o (proyecto de investigación)		x								
4	Revisión y elaboración instrumentos para recolección de datos		x	x							
	ETAPA 2 TRABAJO DE CAMPO										
5	Gestión y contactos con informantes			x	x						
6	Aplicación de técnicas (cualitativa o cuantitativa)				x	x	x				
7	Procesar información (cualitativa o cuantitativa)					x	x	x			
8	Ordenar, clasificar, categorizar y análisis de información cualitativa (cuantitativa)					x	x	x			
9	Redactar avances de informe final, incorporar observaciones a documentos						x	x	x		
10	Exposición y entrega de informe final a Docente Asesora							x	x	x	
	ETAPA 3 EXPOSICION Y DEFENSA										
11	Exposición y defensa de Informe Final a Tribunal Calificador									x	
12	Incorporación de Observaciones del Tribunal a Informe Final									x	x

ANEXO N°2
PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR TOTAL \$
RECURSOS HUMANOS				
3	Ciclo II-2017 y I-2018	Estudiantes investigadoras	En una investigación de tipo académica no se contemplan estos costos.	
5	Ciclo II-2017 y I-2018	Docente Asesora, Coordinador General de Procesos de Graduación, Tribunal Calificador.		
-	Ciclo II-2017 y I-2018	Comentaristas, informantes.		
EQUIPO TECNOLÓGICO				
1200	Hora	Uso de computadoras (Digitación e Internet)	\$0.50	\$600.00
1	c/u	Impresora (impresiones)	\$250.00	\$250.00
5	c/u	Memorias USB	\$10.00	\$50.00
-	c/u	Fotocopias	\$0.02	\$70.00
15	c/par	Cámara digital y grabadora (compra de baterías)	\$1.75	\$26.25
MATERIALES				
25	c/u	Folders	\$0.25	\$6.25
25	c/u	Fastener	\$0.10	\$2.50
1	Caja	Lapiceros	\$3.00	\$3.00
4	Resma	Papel bond	\$3.75	\$15.00
10	c/u	Marcadores	\$1.00	\$10.00
10	c/u	Libretas	\$1.25	\$12.50
3	c/u	Empastados	\$25.00	\$75.00
3	c/u	Anillados	\$5.00	\$15.00
OTROS				
-	-	Alimentación	\$5.00 día	\$750
-	-	Transporte	\$2.00 día	\$300.00
-	-	Imprevistos y otros	\$150.00	\$150.00
Costo total: gastos de la investigación				\$2,335.75

BIBLIOGRAFÍA

AGU-CSU (2013) “Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”. C. U. San Salvador. Asamblea General Universitaria, 5 de agosto de 2013. Publicado en Diario Oficial, San Salvador.

JUNTA DIRECTIVA (2014) “Reglamento Específico de Procesos de Graduación de la Facultad de Ciencias y Humanidades”, C. U. San Salvador, Comité Técnico Asesor-Junta Directiva de Facultad de CC y HH, 24 de mayo de 2013. Actualizado con base a nuevo “Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”. Aprobado por Junta Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades. ACUERDO N 1037, ACTA N 28/2014, fecha 25 de Julio de 2014.

ESCOBAR CORNEJO, MARÍA DEL CARMEN (2016) “Instructivo Especifico sobre Egreso y Procesos de Graduación en la Escuela de Ciencias Sociales”. C. U. San Salvador, Unidad de Procesos de Grado de la escuela de Ciencias Sociales 2008. Aprobado por Junta Directiva Acuerdo 807, 13 de junio de 2014 y actualizado en enero 2016.

2.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES:
VIVIENDO CON LA DIABETES UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON
USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES,
SEDE CENTRAL SAN SALVADOR
2017-2018**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES, UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR (2017-2018).

PRESENTADO POR
ARISTONDO POLÍO, ANA VANESSA
AYALA ZELAYA, EVELIN SIOMARA
DÍAZ HERNÁNDEZ, CECILIA IRENE

CARNET
AU-08002
AZ-11010
DH-10018

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ELABORADO POR ESTUDIANTES EGRESADAS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL PARA LA UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar.
DOCENTE ASESORA

Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas
COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO

23 de octubre de 2017.
CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR EL SALVADOR.

ÍNDICE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y CICLO I-2018

INTRODUCCIÓN	213
RESUMEN DEL PROYECTO	214
1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	215
2. DESCRIPCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	216
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	217
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	217
3.2 JUSTIFICACIÓN	218
4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	220
4.1. GENERALES	220
4.2. ESPECÍFICOS	220
5. MARCO TEÓRICO	221
6. METODOLOGÍA	224
7. DELIMITACIÓN DEL TIEMPO Y ESPACIO.....	226
8. PROPUESTA DE CAPÍTULOS.....	227
8.1 CAPÍTULO 1	227
8.2 CAPÍTULO 2	227
8.3 CAPÍTULO 3	227
8.4 CAPÍTULO 4	228
8.5 CAPÍTULO 5	228
ANEXO	
1. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018	230
BIBLIOGRAFÍA.....	231

INTRODUCCIÓN

El Proyecto elaborado por las estudiantes egresadas de la Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, en la Facultad de Ciencias y Humanidades, forma parte de los requisitos del “Reglamento de la Gestión Académica-Administrativa de la Universidad de El Salvador” para optar al grado de Licenciada en Antropología Sociocultural.

El Proyecto se titula: “Representaciones sociales: viviendo con la diabetes un estudio antropológico con usuarios de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, sede Central San Salvador (2017-2018)”. El objetivo de dicho proyecto es exponer de manera clara y precisa los datos recopilados en cada uno de los ejes abordados.

La importancia de este documento consiste en abordar la diabetes desde la antropología y así poder estudiar los aspectos socioculturales que influyen en la calidad de vida de las personas, además de identificar las dificultades que deben de afrontar y manejar las personas y las familias que conviven diariamente con este padecimiento.

El presente documento contiene el siguiente bosquejo que comprende los siguientes apartados: Identificación del Proyecto de Investigación, Descripción del Tema de Investigación, Planteamiento del Problema y Justificación, Objetivos Generales y Específicos, Marco Teórico, Metodología, Delimitación de Tiempo y Espacio, Propuesta de Capítulos y Bibliografía consultada.

La metodología utilizada en este documento, retoma los lineamientos del Reglamento de Procesos de Grado y del Instructivo Específico sobre Egresos y Procesos de Graduación de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador. Del mismo modo se incorporan las observaciones de la Docente Asesora y del Coordinador de Procesos de Grado.

RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto de investigación titulado: “Representaciones sociales: viviendo con la diabetes un estudio antropológico con usuarios de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, sede Central San Salvador (2017-2018)”, consiste en estudiar y analizar el tema de diabetes como una condición sociocultural a través de la antropología; esto nos permite por una parte, acceder a las formas de pensamiento que son un conjunto de valores, creencias, costumbres y prácticas que dan lugar a la experiencia; y por otra parte, al ser más que un problema de salud, es necesario conocer acerca de la diabetes y las implicaciones que ésta ocasiona en el modo de vida de quienes la padecen.

1.
IDENTIFICACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:	Representaciones sociales: viviendo con La diabetes un estudio antropológico con usuarios de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, sede Central San Salvador 2017-2018.
LOCALIZACIÓN:	San Salvador.
PERÍODO DE PLANIFICACIÓN:	Agosto y septiembre 2017.
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Septiembre 2017 a mayo 2018.
RESPONSABLES:	Aristondo Polío, Ana Vanessa. Ayala Zelaya, Evelin Siomara. Díaz Hernández, Cecilia Irene.
GESTORES:	Escuela de Ciencias Sociales, Licenciatura en Antropología Sociocultural, Facultad de Ciencias y Humanidades, Universidad de El Salvador.
FECHA DE PRESENTACIÓN:	
COSTO:	\$2,335.75 gastos de investigación.

2. DESCRIPCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La diabetes es muy común en la actualidad y es considerada una enfermedad que aparece cuando el organismo no puede controlar la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre.

A pesar de los avances tecnológicos y de su respectivo tratamiento, la diabetes no tiene cura incluso se dice que es una enfermedad progresiva, es decir, las personas que no se someten o abandonan el tratamiento son más propensas a complicaciones irreversibles, entre las más comunes se encuentra la amputación de miembros inferiores; además trae consigo cambios en la vida cotidiana de quienes la padecen, entre los cambios más frecuentes se encuentra la alimentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a la diabetes como una enfermedad crónica no transmisible. En los últimos años los padecimientos crónicos han aumentado debido al estilo de vida entre otros factores que pueden ser biológicos y socioculturales; la diabetes apreciada más como un padecimiento que una enfermedad, provoca un impacto en la vida de las personas, tanto en lo emocional, social, familiar, económico y laboral.

En esta investigación se pretende analizar la experiencia de vida con un padecimiento crónico, además de comparar la perspectiva de las personas al enfrentarse a una serie de transformaciones socioculturales en su diario vivir y la importancia que tiene en estos casos los grupos de apoyo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la diabetes se ha convertido en un problema de salud pública y debido al rápido crecimiento se le ha llegado a considerar una epidemia, es decir, que ha afectado a gran parte de una población causando graves perjuicios.

Datos y cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos señalan que el número de personas con diabetes ha aumentado a nivel mundial; en 1980 se estimó que 180 millones de personas vivían con esta condición, cifra que se cuadruplico para el año 2014 con 422 millones de personas con este diagnóstico.

Otro dato que es importante añadir es que según la OMS, la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mucha rapidez en países de ingresos medianos y bajos, dicho de otro modo, en países en desarrollo o recientemente industrializados.

Nuestro país o es ajeno a este problema de salud, es por eso que la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), nos mencionan que existen alrededor de 800,000 salvadoreños con este padecimiento y la cifra va en aumento, tanto así que ocupa el 11% del gasto total de salud. La "Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Adultos 2017" que realizó el Ministerio de Salud (MINSAL), expuso que tanto la diabetes y la obesidad son predominantes en el sexo femenino con mayor prevalencia en la Región de Salud Metropolitana; representando la diabetes el 13.9% en las mujeres y el 10.6% en los hombres.

Al ser un problema creciente observamos como la diabetes afecta los aspectos de vida socioculturales de quienes la padecen, estos aspectos también son familiares, emocionales, socioeconómicos y laborales; además de traer una serie de cambios en los hábitos de las personas que afrontan este padecimiento.

Teniendo en consideración los datos antes mencionados, formulamos la pregunta de investigación: ¿Cómo afecta la diabetes los aspectos de vida social y cultural de quienes la padecen y cuáles son los cambios a los que se someten las personas en su nueva condición de vida?

3.2 JUSTIFICACIÓN

La diabetes ha sido catalogada como una enfermedad común que afecta tanto a hombres como a mujeres y la edad de los afectados no importa, ya que pueden ser niños, adolescentes y adultos. En esta investigación la diabetes será manejada como un padecimiento crónico, convirtiéndose más que en un problema de salud pública, en un nuevo modo de vida en la sociedad actual.

Las personas que son diagnosticadas con diabetes deben de realizar cambios en su estilo de vida, entre ellos: consumidores alimentos y bebidas saludables, realizar actividad física, llevar una vida tranquila; en pocas palabras, deben adquirir nuevos hábitos en su estilo de vida para poder conservar una buena salud.

La diabetes como padecimiento no sólo afecta a la persona que la padece, también llega a tener un impacto emocional, laboral, familiar, social y económico, si bien es cierto es un problema de salud pública y genera gastos a los gobiernos, no debemos olvidar que de igual forma representa un costo para quienes la padecen y sus familias.

De esta forma surge el interés por estudiar el tema de la diabetes en esta investigación y así poder contribuir a la disciplina y a la sociedad salvadoreña. La cual debe tener en cuenta los valores y creencias de las personas con la condición, es de suma importancia incluir la visión fundamentada en las concepciones, en este caso del asociado y no sólo de las ciencias médicas.

Asimismo otro interés en esta investigación es acceder a las formas de pensamiento y prácticas que las personas realizan cotidianamente, construyendo lo que para ellos representa su realidad, esto con el fin de comprender y explicar la realidad de lo que viven diariamente.

4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

4.1. GENERALES

Investigar, describir y analizar la experiencia de los asociados en torno al padecimiento de la diabetes para identificar los factores socioculturales que influyen en su calidad de vida, partiendo del método cualitativo con análisis cualitativo y técnico-etnográfico.

4.2. ESPECÍFICOS

4.2.1. Indagar la forma en que el padecimiento ha transformado conocimientos y prácticas para el control de la diabetes.

4.2.2. Conocer las creencias sobre el origen, evolución y complicaciones de la diabetes entre los asociados.

4.2.3. Analizar la percepción de los asociados sobre su condición y la incorporación de los conocimientos en su vida cotidiana.

4.2.4. Identificar las dificultades y los cambios que las personas con diabetes afrontan y sus perspectivas para el futuro.

5. MARCO TEÓRICO

La investigación se realiza desde la mirada antropológica, esto nos permite estudiar las manifestaciones sociales y culturales de determinada comunidad.

Según Kottak, la antropología como disciplina académica es “conocida también como antropología general, incluye cuatro subdisciplinas: antropología sociocultural, arqueología, biológica y lingüística.” (Kottak: 1994; 6)

Además, el autor nos señala que la antropología general “explora los fundamentos de la biología, la psicología, la sociedad y las culturas humanas y tiene en cuenta sus interrelaciones.” (Ibid)

A partir de lo anterior se retoma en nuestro marco teórico las siguientes categorías:

De acuerdo con Ana Isabel Hernández y Javier E. García en esta disciplina se tienen en cuenta los elementos socioculturales de las enfermedades desde la definición biomédica de la experiencia de quien padece la enfermedad. (2005:113)

La Antropología Medica se interesa en lo relativo a la forma en que los pacientes o asociados construyen formas de explicar su patología a través de su experiencia, y la Antropología de la salud permitirá conocer los modelos básicos, etiológicos (causas de la enfermedad) y terapéuticos que las afectados utilizan para entender su situación.

Respecto a las percepciones que los individuos y los grupos que las diferentes culturas tienen sobre la dicotomía salud-enfermedad Ofman plantea que la

Antropología Medica se interesa por investigarlas, descubrirlas y darles explicación. (Ofman, 2012:35)

Para Elia Nora, la Antropología Medica estudia el proceso de salud enfermedad y proporciona las herramientas teóricas y metodológicas para tener una perspectiva holística sobre la diabetes, tomando en cuenta los elementos simbólicos y estructurales que se involucran. (Arganis, 2005:12)

REPRESENTACIONES SOCIALES:

Otro eje importante retomado para esta investigación será las representaciones sociales, abordándolo desde los conceptos de Serge Moscovici, a quien se le considera el precursor de esta teoría que tiene como principal interés, comprender la forma en que una teoría difundida socialmente transforma la visión que una sociedad tiene sobre determinadas situaciones y repercute en los quehaceres de la vida cotidiana de las personas.

Para Silvia Ofman las representaciones sociales son “un tipo de conocimiento social elaborado conjuntamente por los sujetos de una comunidad, a partir de sus experiencias, informaciones, saberes y modelos de pensamiento que se transmiten por medio de las comunicaciones, las tradiciones y la educación.” (Ofman, 2012:36)

En este sentido nuestra investigación sobre una enfermedad crónica como la diabetes permitirá desnudar desde la mirada antropológica la vida cotidiana de los afectados, así como los elementos, sociales, económicos y culturales que les permiten desarrollarse en su entorno familiar y social, la forma en que entienden, explican y hacen frente a su condición.

Por su parte Jodelet afirma que las “las representaciones sociales conciernen al conocimiento del sentido común, que se pone a disposición en la experiencia cotidiana” (Jodelet, 2000:10).

En lo que se refiere a salud y enfermedad se retoma a Eugenia Garza y otros autores que consideran que los conceptos de salud y enfermedad se encuentran directamente relacionados con un sistema de valores que son trasladados de generación en generación a través de la familia y otras instituciones sociales. (Garza, 2003:466)

La manera particular y colectiva en que las personas perciben, enfrentan y sobrellevan la diabetes es uno de los objetivos más importantes de esta investigación, así como la forma de vida, los cambios y la conducta adoptada a partir de ser diagnosticados con este padecimiento.

6. METODOLOGÍA

Para la realización de la presente investigación cualitativa se aplicara métodos, técnicas e instrumentos de investigación correspondiente al estudio de las ciencias sociales, específicamente se utilizara el método etnográfico que consiste en realizar descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacción y comportamientos que son observables.

Asimismo, agregando la investigación cualitativa la cual citando a Maribel Ríos Everardo “permite una mayor profundidad con un menor número de casos, se logra un mayor acercamiento a cada uno de los participantes de la investigación y se mueven emociones y afectos entre ellos.

Se propicia la triangulación de diversos métodos para recoger los datos, con el propósito de obtener lo más verídicamente posible las acciones, los sentimientos, las significaciones, los valores y las interpretaciones” (Everardo; 2010: 188). Además se recolectaran datos utilizando los recursos bibliográficos referentes al tema de la diabetes apoyándonos en libros, tesis, artículos.

Se utilizará las siguientes herramientas las cuales consiste en aplicar las siguientes técnicas del trabajo etnográfico:

Observación participante: implica involucrarse en las actividades cotidianas del grupo estudiado.

Guías de observación: nos permiten sistematizar datos recolectados durante el trabajo de campo.

Elaboración de cuestionario: una serie de preguntas específicas sobre el tema de interés.

Entrevistas: consiste en una serie de preguntas abiertas sobre el tema investigado preparada de antemano y flexible durante el desarrollo de la entrevista, se realizaran específicamente entrevistas informales y semi-estructuradas.

Historias de vida: la cual provee un relato más íntimo y personal a través de la descripción de las y los participantes.

7. DELIMITACIÓN DEL TIEMPO Y ESPACIO

La investigación se realiza en el período comprendido entre el ciclo II-2017 y I-2018, y se llevará a cabo con mujeres y hombres que asisten a los talleres educativos brindados en la sede central de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, San Salvador.

8. PROPUESTA DE CAPÍTULOS

En el siguiente apartado se plantea la propuesta de los capítulos a desarrollar en el informe final de investigación de Proceso de Grado.

8.1 CAPÍTULO 1

La primera parte hace referencia al fenómeno que se está estudiando, en este apartado se describe la problemática de investigación, también se desarrolla el marco conceptual en donde se definen los conceptos y la teoría que componen y forman parte de la investigación, esto se realiza con el fin de una mayor comprensión para el lector; además se mencionan y describen las técnicas que se han manejado para llevar a cabo dicha investigación.

8.2 CAPÍTULO 2

En este capítulo se pretende contextualizar el tema central de la investigación que es sobre diabetes, se dará una breve historización del padecimiento, así mismo se describirá y explicará los tipos de diabetes y sus síntomas, el tratamiento al cual deben de someterse las personas que son diagnosticadas; de igual forma se hará mención del panorama a nivel mundial y nacional, considerando que es necesario contar con las estadísticas que realizan asociaciones mundiales y nacionales para la prevención y lucha contra el padecimiento.

8.3 CAPÍTULO 3

En este capítulo se pretende enfocar a la diabetes desde la perspectiva cultural de los sujetos de estudio, es decir que se recopila los datos proporcionados en las conversaciones informales y entrevistas formales con el fin de conocer las costumbres y creencias que giran en torno al padecimiento.

8.4 CAPÍTULO 4

La cuarta parte del informe final de investigación consiste en enfocar a la diabetes en un contexto social; es decir se da a conocer los grupos de apoyo a los que acuden las personas que son diagnosticadas, también dentro de este capítulo se analiza y describe la influencia que tiene la diabetes sobre las relaciones sociales de quienes la padecen.

8.5 CAPÍTULO 5

El quinto y último capítulo que se propone, corresponde a las reflexiones finales en donde se concluye y expone los resultados que arrojó el trabajo de campo.

ANEXO

1. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO CICLO II-2017 Y I-2018

BIBLIOGRAFÍA

AGU-CSU (2013) “Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”. C. U. San Salvador. Asamblea General Universitaria, 5 de agosto de 2013. Publicado en Diario Oficial, San Salvador.

ESCOBAR CORNEJO, MARÍA DEL CARMEN (2016) “Instructivo Especifico sobre Egreso y Procesos de Graduación en la Escuela de Ciencias Sociales”. C. U. San Salvador, Unidad de Procesos de Grado de la escuela de Ciencias Sociales 2008. Aprobado por Junta Directiva Acuerdo 807, 13 de junio de 2014 y actualizado en enero 2016.

SERAROLS RODAS, JUAN FRANCISCO Y ESCOBAR CORNEJO MARÍA DEL CARMEN (2014) “Sistema de Evaluación Sumativa para Procesos de grado en las Licenciaturas de la Escuela de Ciencias Sociales”. C. U. San Salvador, Unidad de Procesos de Grado. Aprobado por Junta Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades. Junio de 2014.

Asociación Americana de Diabetes. (2015): “50 años de investigación y tratamiento de la diabetes.” Comunicado de prensa de la asociación americana Sala de prensa: 5 de junio de 2015.

Bourdieu, Pierre. (2008). “El lenguaje autorizado: las condiciones sociales de la eficacia del discurso ritual” y “los ritos de institución”. En ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid, España: AKAL.

Federación Internacional de Diabetes. “Plan mundial contra la diabetes 2011-2021”

Federación Internacional de Diabetes: “Atlas de la diabetes”, sexta edición 2013. Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID: www.idf.org/diabetesatlas

García de Alba, Javier E., Salcedo Ana y López Berenice “Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México”. Desacatos, núm. 2, mayo-agosto 2006, pp. 97-108, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Gaytán-Hernández, Ana Isabel y Javier E. García de Alba-García. (2005) “El significado de la diabetes mellitas tipo 2 desde la perspectiva del paciente; Instituto Mexicano del Seguro Social” I, volumen 44, nº2; págs.: 113-120; México.

Garza Elizondo, María Eugenia; Calderón Dimas, Cristóbal; Salinas Martínez, Ana María; Núñez Rocha, Georgina M.; Villarreal Ríos, Enrique. (2003); “Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2”. Instituto Mexicano del Seguro Social, volumen 41, nº 6; págs.:465-472. México.

Jodelet, Denise. (1986) “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En: Moscovici, Serge. Psicología Social, II. Ediciones Paidós, Barcelona, España. 469-494.

Hernández Ana y García Javier. (2005). “El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente” Instituto Mexicano del seguro social; Guadalajara, Jalisco, México.

Jodelet, Denise y Alfredo Guerrero Tapia (coordinadores). (Primera edición 2000) “Develando la cultura: estudios en representaciones sociales”. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

MINSAL (2014): “Encuesta sobre la Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Factores de Riesgo en población adulta de El Salvador (EFRAES) 2014.” Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. San Salvador, 16 de mayo de 2014.

Reynals E., Diumenjo M., Parola A., Testasecca E., Calvo D., Lemos P., López G., Pereyra S., Carrió D., Osachez S., Maneschi E., Figuerola D. (2007) "Algunas reflexiones, desde la antropología, a propósito de los programas de educación de personas con obesidad, riesgo cardiovascular o diabetes". Revista Médica Universitaria, vol. 3, nº 1: s.p.

Torres-Lopez, Teresa Margarita; Sandoval-Díaz, Manuel y Pando-Moreno Manuel. (2005) "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (1): 101-110

3. RESPONSABLES DEL INFORME FINAL	NOMBRE	CARNET
DE INVESTIGACIÓN:	Br. Aristondo Polfo, Ana Vanessa	AU-08002
	Br. Ayala Zelaya, Evelin Siomara	AZ11010
	Br. Díaz Hernández, Cecilia Irene	DH-10018

TÍTULO DEL INFORME FINAL: REPRESENTACIONES SOCIALES: VIVIENDO CON LA DIABETES UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO CON USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, SEDE CENTRAL SAN SALVADOR (2017-2018)

DOCENTE ASESOR DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA

SOCIOCULTURAL: LIC. LAURA CECILIA MENA QUINTANAR

FECHA DE EXPOSICIÓN Y DEFENSA: MIÉRCOLES 25 DE JULIO DE 2018

TRIBUNAL CALIFICADO:

Lic. LAURA CECILIA MENA QUINTANAR _____

MIEMBRO DEL JURADO:

Lic. ANA LILIAN RAMÍREZ DE BELLO-SUAZO _____

MIEMBRO DEL JURADO:

Dr. WILLIAM B. VENTRES _____

OBSERVACIONES:

1°

2° _____

3° _____
