

# Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2

Ma. Elena Ledesma-Delgado, Evangelina Oros-Elizarraras, Grever María Ávila-Sansores, Gerardo Ruvalcaba-Palacios

Departamento de Enfermería y Obstetricia, División Ciencias de la Vida, Campus Irapuato-Salamanca, Universidad de Guanajuato, Irapuato, Guanajuato, México

## Palabras clave:

Diabetes mellitus  
Mujeres  
Estrés psicológico  
Emociones

## Resumen

**Introducción:** vivir con diabetes es una experiencia que implica cambios en el estilo de vida, con consecuencias en los ámbitos personal, familiar, laboral y económico, con efectos significativos en los sentimientos, deseos, creencias y actitudes hacia el autocuidado.

**Objetivo:** describir y comprender las respuestas emocionales de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2, a partir de los significados atribuidos al proceso de vivir con esta enfermedad.

**Metodología:** estudio cualitativo de 28 mujeres con diabetes mellitus 2 pertenecientes a cuatro comunidades de Irapuato, Guanajuato, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. La información fue interpretada desde el interaccionismo simbólico y la teoría fundamentada.

**Resultados:** se obtuvo la categoría central “viviendo una experiencia complicada de desgaste progresivo y emociones diversas” y seis subcategorías: experimentación de los malestares en la cotidianidad, resignación ante la proximidad de la muerte, sensación de bienestar a partir de aceptar la condición de enfermedad, preocupación centrada en los hijos a partir de los estragos de la enfermedad, incertidumbre con el tratamiento ante el desconocimiento y creencias sobre la enfermedad y experimentación de múltiples sentimientos ante las implicaciones de la enfermedad.

**Conclusiones:** las respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus 2 mostraron la intersubjetividad de sus experiencias y el proceso social con sus interacciones. Para las mujeres con diabetes, convivir con la enfermedad es una experiencia complicada, de desgaste progresivo, revestida de emociones que determinan su comportamiento hacia el autocuidado.

## Keywords:

Diabetes mellitus  
Women  
Psychological stress  
Emotions

## Abstract

**Introduction:** living with diabetes is an experience that requires radical and permanent changes in your lifestyle, with consequences in their personal, family, labour and economic field, that have a significant effect on their feelings, desires, beliefs and attitudes toward self-care.

**Objective:** to describe and understand the emotional responses of women with type 2 diabetes mellitus, from the meanings attributed to the process of living with this disease.

**Methodology:** qualitative study of 28 women with type 2 diabetes mellitus belonging to four communities in Irapuato, Guanajuato, who was a semi-structured interview. The information was interpreted in the framework of the symbolic interactionism and the grounded theory.

**Results:** obtained the central category “living a complicated progressive wear and experience different emotions”, with six subcategories: experimentation of the discomforts of the disease on daily life, resignation to the proximity of death, sense of well-being from the acceptance of the condition of illness, concern focused on children from the ravages of the disease, uncertainty treatment to the ignorance and beliefs about disease and experimentation of multiple feelings at the implications.

**Conclusions:** the emotional responses of women living with type 2 diabetes mellitus showed the intersubjectivity of their experiences and the social process with their interactions. For women with diabetes, living with the disease is a complicated experience, progressive wear, coated emotions that determine its behavior toward self-care.

## Correspondencia:

Ma. Elena Ledesma-Delgado

## Correo electrónico:

meld\_82@hotmail.com

## Fecha de recepción:

09/07/2013

## Fecha de aceptación:

24/03/2014

## Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la resistencia de insulina y deficiencia en la producción o acción de esta, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.<sup>1</sup>

La Federación Internacional de Diabetes estima que 366 millones de adultos viven con diabetes, y que para el año 2030 habrá 552 millones de personas afectadas por este padecimiento, uno de cada 10 adultos en todo el mundo. El costo económico de la atención de las personas con diabetes representa una carga creciente en los sistemas sanitarios; desafortunadamente, la diabetes continúa siendo desproporcionadamente prevalente en las personas socialmente desfavorecidas.<sup>2</sup>

En México, la diabetes ocupa el primer lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad y presenta un incremento ascendente, con aproximadamente 60 mil muertes y 400 mil nuevos casos al año. Su prevención y control representan un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que, al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación inadecuados y el sedentarismo.<sup>3</sup> Lo anterior se refleja en los cinco millones de personas mayores de 20 años que padecen diabetes, que se traduce en una prevalencia de 8 %, y en el importante incremento de su presentación conforme la edad aumenta: después de los 50 años de edad, la prevalencia es superior a 20 % y la enfermedad es más frecuente en las mujeres.

En Campeche, Guanajuato y Nuevo León, entre 2000 y 2005, la prevalencia de la diabetes fue superior a 30 %.<sup>4</sup> Esta enfermedad es la primera causa de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y el problema de salud que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas,<sup>5</sup> debido a que está directamente relacionado con múltiples complicaciones secundarias.<sup>6</sup>

La diabetes mellitus 2 se ha convertido en una de las patologías más desafiantes para los sistemas de salud por su elevada prevalencia, altos costos e insuficiente éxito de los programas de atención a una población que día a día sufre consecuencias irreparables en su ámbito personal, familiar, laboral y económico, con un impacto significati-

vo en sus sentimientos, deseos, creencias y actitudes hacia el autocuidado. Para el paciente diabético, vivir la enfermedad es una experiencia que implica cambios permanentes y, a veces, radicales en su estilo de vida, revestida de sentimientos que se convierten en objetos significativos en la convivencia con la enfermedad y que determinan el comportamiento hacia el autocuidado.

El diagnóstico de diabetes ocasiona un choque emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por la cronicidad de la enfermedad<sup>7</sup> e involucra sentimientos y reacciones emocionales que el equipo de salud debe ser capaz de manejar y comprender.<sup>8</sup>

La convivencia con la diabetes mellitus 2 rompe la armonía orgánica y, en numerosas ocasiones, va más allá de la persona que vive la enfermedad, al interferir en la vida familiar y comunitaria y afectar su universo de relaciones,<sup>9</sup> sus interacciones y su proceso de vida. Implica una experiencia que requiere múltiples ajustes en las esferas física, psicológica y espiritual del ser humano.

Es importante comprender cómo la persona con diabetes mellitus 2 se percibe así misma, en su convivencia con las diversas limitaciones producto de la complejidad de su tratamiento y cambios permanentes en su estilo de vida; es decir, concebir a la persona con diabetes como un ser integral dotado de comprensión, emociones y acciones. En la misma medida en que se logre dicha comprensión, se avanzará en el cuidado humanizado, con un impacto efectivo en la atención del paciente diabético.

El interaccionismo simbólico proporciona una perspectiva teórica para comprender los significados del proceso de convivir con la diabetes mellitus, en el contexto social en el que las personas interactúan y en el que se desarrolla el complejo proceso a través del cual las mujeres con diabetes mellitus 2 entienden, interpretan y crean su mundo. Está diseñado para conocer la vida de los grupos humanos y de su conducta, haciendo énfasis en la naturaleza de la interacción social, la dinámica y la actividad social que envuelve a los actores, en la perspectiva de un ser humano activo en su medio ambiente, un organismo que interactúa con los demás y consigo mismo, un ser dinámico que define las situaciones inmediatas de acuerdo con las perspectivas de desarrollo.<sup>10</sup>

Blumer<sup>11</sup> refiere que la vida social se expresa a través de símbolos y lenguajes y resume el interaccionismo simbólico en la siguiente premisa: “los seres humanos actúan en relación con los objetos, a partir del significado que estos representan para ellos”. El significado atribuido a

los objetos se define a partir de la interacción social entre los seres humanos, los significados son manipulados y modificados a partir de un proceso de interpretación que el individuo utiliza cuando se enfrenta a los objetos y a él mismo.

El interaccionismo simbólico es una metodología que hace énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales, permite caracterizar y describir los pensamientos y acciones en las palabras de los entrevistados y pretende generar hipótesis, modelos o teorías preliminares que expliquen qué sucede en el área de estudio.<sup>11</sup>

La teoría fundamentada fue el marco metodológico de este estudio, tiene sus raíces en el interaccionismo simbólico y está centrada en el conocimiento de la realidad a partir del conocimiento de la percepción o significado que cierto contexto u objeto tiene para la persona.<sup>12</sup> Es un método de investigación cuyo propósito es generar teoría a partir del análisis de los datos colectados, los cuales son organizados en categorías conceptuales que pueden explicar un fenómeno.

La utilización de este enfoque metodológico en nuestra investigación tuvo como propósito conseguir la aproximación rigurosa y detallada a los datos empíricos del fenómeno de estudio, a fin de facilitar la comprensión de las respuestas emocionales de mujeres con diabetes mellitus tipo 2 a partir de los significados atribuidos al proceso de convivir con esta enfermedad.

## Metodología

Se llevó a cabo una investigación cualitativa interpretativa con base en la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico y de la teoría fundamentada para la interpretación de los datos, que permitió a los investigadores insertarse en las acciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes de las mujeres que conviven con la diabetes, los cuales corresponden a un espacio más profundo de las relaciones, los procesos y los fenómenos que no pueden ser reducidos a la operacionalización de variables; implica el uso de una variedad de materiales empíricos que describen la rutina, los problemas y los significados atribuidos a la vida.<sup>10-12</sup>

El estudio se realizó en la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud de Guanajuato, con sede en Irapuato, en mujeres de cuatro comunidades de este mismo municipio. La unidad tiene como objetivo la prevención, el control y el

tratamiento integral de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que son referidos de las unidades de primer nivel de atención.

Con base en los criterios de la teoría fundamentada, las participantes fueron seleccionadas por la relevancia teórica de sus argumentos, de tal forma que respondieran a las proposiciones de la investigación y que promovieran la emergencia de categorías relevantes para el estudio. En este proceso, el investigador combina la colecta de datos con la codificación y el análisis, decide qué datos sigue colectando y dónde encontrarlos, a fin de desarrollar la teoría. La saturación teórica es el criterio para determinar en qué momento concluye la colecta de datos y qué determina la muestra; esta ocurre cuando ningún dato adicional es capaz de agregar información nueva a una categoría bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones.<sup>13</sup>

Los conceptos básicos de este abordaje metodológico fueron sensibilidad teórica del investigador, método de comparación constante de los datos, muestreo teórico y memorandos.<sup>13-15</sup> El curso seguido por la teoría fundamentada comprendió colecta de datos, codificación abierta (axial y selectiva), análisis de los datos y delimitación de la teoría.

La codificación es un proceso esencial y básico en el que se construye la teoría mediante un análisis minucioso y detallado de los datos que emergen de la colecta de información sobre el fenómeno de estudio. Este análisis lleva a la identificación de las categorías y sus interrelaciones. Los procesos de recolección de datos, codificación y análisis ocurren simultáneamente<sup>13,14,16</sup> y llevan al investigador a la comprensión de los significados en la perspectiva de los participantes.

La saturación teórica fue alcanzada con 28 participantes que cumplieron con los siguientes criterios de relevancia teórica: mujeres mayores de 40 años de edad que padecían diabetes mellitus 2, con al menos tres años de haber sido informadas de su diagnóstico, orientadas en tiempo, lugar y persona, y que estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento libre y esclarecido con base en los principios éticos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

A partir de una entrevista semiestructurada, con base en una guía básica que direccionó los cuestionamientos, la conversación fue grabada previa autorización de las participantes, con la finalidad de prestar mayor atención a las entrevistadas, observar con más detenimiento sus ex-

presiones verbales y no perder información valiosa, que fue registrada en las notas de campo al término de la entrevista. En todo este proceso se mantuvo el apego a los principios éticos de investigación.

El análisis se llevó a cabo con base en el procedimiento de la teoría fundamentada y se realizó de forma concurrente con la recolección de los datos, considerando que la comparación constante de los datos es la premisa básica de este procedimiento:

- Transcripción de las entrevistas.
- Codificación de los datos (codificación abierta, axial y selectiva), para llegar a la definición y delimitación de la teoría.<sup>17,18</sup>

La codificación abierta se inició con la transcripción de la primera entrevista, para identificar los incidentes que indicaron el camino a seguir en la colecta de datos, se nombraron y categorizaron los fenómenos por medio del examen minucioso de los datos, línea por línea. Los datos fueron descompuestos en partes discretas o fragmentos, denominados incidentes, los cuales fueron examinados y comparados en busca de similitudes y diferencias, generando códigos que en ocasiones fueron llamados “códigos en vivo” porque fueron utilizadas las mismas palabras de las entrevistadas.

Después de esta primera aproximación a los datos y con la intención de definir las categorías, se regresó nuevamente a ellos para profundizar en los códigos y hacer agrupaciones en un orden abstracto capaz de explicar lo que estaba sucediendo y que hiciera posible la emergencia de los datos. El resultado fue la reducción del número de códigos. La construcción de las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones fue realizada por medio del análisis profundo de los códigos encontrados en las entrevistas, proceso que permitió identificar y nombrar las categorías dándoles especificidad según sus características particulares.

En la codificación axial se realizó un análisis denso y profundo de cada una de las categorías que emergieron del primer proceso de codificación. Esto implicó la relación de las categorías y subcategorías conforme sus propiedades y dimensiones. Se denomina codificación axial porque ocurre alrededor del nexo de una categoría, con el propósito de agrupar los datos que se separan durante la codificación abierta mediante el ordenamiento de las propiedades y dimensiones de una categoría. El resultado de este análisis fue la identificación de las diversas relacio-

nes entre las categorías y entre categorías y subcategorías, estableciendo sus conexiones.<sup>19</sup>

La codificación selectiva consistió en un proceso de integración y refinamiento de la teoría, delimitando la codificación sobre las categorías que tenían relación con una categoría central, denominada así porque tiene poder analítico y es un elemento esencial que guía el muestreo teórico, la colecta de datos y mediante ella se genera la teoría. La categoría central tiene la capacidad de explicar las ideas significativas para los participantes e integrar los elementos de la teoría haciendo uso del método de comparación constante para encontrar las propiedades, dimensiones y relaciones de cada categoría; emerge al final del análisis de los datos y se conforma como el tema central al cual todas las categorías están relacionadas.

## Resultados y discusión

De 28 mujeres participantes mayores de 40 años se informan los datos de 26, las cuales en promedio tuvieron 58.8 años de edad; 82.1 % eran casadas, 21.4 % viudas, 3.6 % divorciadas y 3.6 % permanecían en unión libre.

### Categorías empíricas

A partir de la construcción de categorías y subcategorías que interrelacionadas indicaron la categoría central “viviendo una experiencia complicada de desgaste progresivo y emociones diversas” fue posible comprender las respuestas emocionales de mujeres con diabetes mellitus 2 y los significados atribuidos al proceso de convivir con esta enfermedad, expresados en las siguientes subcategorías:

- Experimentación de los malestares de la enfermedad en la cotidianidad.
- Resignación ante la proximidad de la muerte.
- Sensación de bienestar a partir de la aceptación de la condición de enfermedad.
- Preocupación centrada en los hijos a partir de los estragos de la enfermedad.
- Incertidumbre con el tratamiento ante el desconocimiento y creencias en torno a la enfermedad.
- Experimentación de múltiples sentimientos ante las implicaciones de la enfermedad.

A continuación se describe cada una de estas subcategorías y se ilustra con citas textuales de las entrevistadas, que muestran la esencia fundamental de las vivien-

cias de las participantes en su proceso de convivir con la diabetes.

### *Experimentación de los malestares de la enfermedad en la cotidianidad*

Una persona con diabetes se enfrenta en su vida diaria a una dinámica complicada a partir de los malestares que acompañan el curso de la enfermedad y limitan el desempeño de su rol en el núcleo familiar, con un impacto significativo en el estado físico y emocional derivado de la percepción del desgaste corporal progresivo que ocasiona la enfermedad, que, incluso, puede ocasionar el deseo de morir. Lidar con la enfermedad se convierte en una lucha continua de supervivencia, por su influencia e interferencia en la vida cotidiana y en la calidad de vida:

Me siento muy desanimada, no tengo ganas de hacer quehacer y a veces bien mala, porque este dolor que tengo no se me ha quitado, me duele aquí... Mire, haga de cuenta que se me revienta la cabeza de aquí, se siente la gente bien mala... y a veces la gente no tiene sueño... me lloran mucho los ojos... y luego las dolencias en los pies y no... pues la gente tiene muchas enfermedades.

...Voy para cinco años de diabética y desde que empezó esta enfermedad me he sentido muy mal, también soy muy depresiva y con mi depresión y mi enfermedad, pues a veces me siento muy mal. A veces le digo a mi esposo: ¡Ay, mejor quisiera morirme! ... De cómo me siento... cuando me siento mal digo: ¡Ay, Dios mío, ya recógeme!

En su estudio con embarazadas diabéticas, Guerra y Vásquez<sup>20</sup> refieren que la enfermedad es concebida como una experiencia construida socioculturalmente, como un conjunto de experiencias relacionadas con una red de significados de interacción social. Los conceptos de enfermedad se centran en incapacidades físicas y mentales y la historia causal de la enfermedad está relacionada con la percepción de cómo actúa la enfermedad en el cuerpo.

El interaccionismo simbólico indica que el significado de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos. Los significados de las cosas son productos sociales o creaciones formadas o modificadas mediante las actividades definitivas de las personas, en cuanto a su interacción con otras.<sup>11</sup> En esta subcategoría se muestra cómo las participantes construyen el concepto de malestar a partir de su percep-

ción de cómo actúa la diabetes en su cuerpo, concepto construido y socializado entre las participantes.

### *Resignación ante la proximidad de la muerte*

Convivir con la diabetes llega a ser un proceso tan desgastante y complicado, que quienes la padecen llegan a la desesperanza y a la resignación ante la visualización de la muerte como desenlace final de esta enfermedad, sentimientos que influyen en gran medida sobre la forma como el individuo afronta su condición de salud y las conductas de cuidado. La muerte representa un escape, una evasión de la propia existencia impregnada de exigencias, cambios, malestares y limitaciones impuestas por la diabetes:

...Nada, nada hago yo para cuidarme, yo como de todo, no me ando diciendo que esto no porque me hace daño. Yo me lo como, si de todos modos me voy a morir, luego la gente ni come siquiera.

A veces uno dice: no tiene caso vivir con esta enfermedad... Perdóneme que estoy llorando, pero definitivamente a veces desea uno mejor morir que ni estar en esta vida sin poder comer las cosas.

Tanto las cosas concretas como las abstractas, en este caso los sentimientos, existen a partir del significado que las personas les atribuyen y se genera en el proceso de interacción humana. De tal forma, la existencia del objeto está en función de los significados que los grupos sociales y sus miembros le dan. En esta subcategoría, la resignación y la desesperanza adquieren un significado social y son percibidas por el individuo como un símbolo socialmente creado y una meta para su actuar.<sup>11</sup> Estos sentimientos denotan la existencia de conflictos psicológicos que incrementan la vulnerabilidad al estrés, depresión y ansiedad.<sup>8</sup>

### *Sensación de bienestar a partir de la aceptación de la condición de enfermedad*

Se aprecia que convivir con la diabetes es un proceso complejo que se relaciona con aspectos de la vida cotidiana, en la que la persona puede llegar a la aceptación de su condición a partir del reconocimiento de sus limitaciones y fortalezas, que le permiten enfrentar la cronicidad de la enfermedad, incorporando en su existencia las oportuni-

dades y beneficios que representan los cambios exigidos en el estilo de vida. Los individuos reconocen como fuentes de fortaleza sus creencias religiosas y la motivación:

...Ahora ya pienso diferente, ya me siento mejor, más bien, ya en tres meses no he bajado mucho, pero he bajado cuatro kilos y ya eso me motiva... Yo siento que hasta me levantó el ánimo y como yo me siento bien, a mí me gustaría que las personas que están enfermas diabéticas se sintieran igual que yo me siento, que le echen muchas ganas... Da trabajo, a mí me da trabajo levantarme temprano, me da trabajo comerme la comida, porque se me antoja todo, pero luego pienso en lo bien que me siento... De primero sí se mortifica uno por la enfermedad, pero ya después de eso, uno se acostumbra a vivir con ella normalmente.

Respecto de esta categoría, estudios similares<sup>21,22</sup> señalan que vivir con diabetes mellitus es complejo y hace evidente un vivir dinámico, con múltiples posibilidades para caminar en la manutención o conquista de vivir con calidad. Una postura de enfrentamiento, independientemente de la configuración que se asuma, lleva a una forma de convivir con la molestia.

A la luz del interaccionismo simbólico, las mujeres que conviven con diabetes se convierten en sujetos activos capaces de diseñar sus líneas de acción, basadas en lo que consideran importante y significativo, a fin de enfrentar los cambios en su estilo de vida. Pueden hacer lo anterior en virtud de poseer un *self*, que, similar a los símbolos, es un objeto social utilizado por la persona para lograr sus objetivos. La persona actúa hacia los objetos en el ambiente exterior y es capaz de actuar hacia sí misma como un objeto. Al hacer esto, la persona se transforma, toma control del ambiente exterior y es capaz de elegir lo que hace.<sup>15</sup>

### *Preocupación centrada en los hijos a partir de los estragos de la enfermedad*

Las mujeres desempeñan diversos roles que se relacionan con el mantenimiento de una familia. Uno de los más importantes es el cuidado de los hijos, el cual se ve afectado con la diabetes mellitus 2, sobre todo al visualizar la posibilidad de la muerte y las complicaciones de esta enfermedad:

...Me da miedo porque del embarazo de mi niño el más chiquito, casi nada más me la viví internada... Y me dice él

[mi esposo]: deja que te interne para que te la bajen y yo le digo que no... Me da miedo porque mis niños están muy chiquitos. Dice mi mamá: yo te los cuido. Pero, pues, le digo que no hay como uno que los esté viendo...

...Yo pierdo todo mi santo día por estar acá, luchando por mi salud. ¡Qué voy a hacer más que estarle sufriendo!, tanto yo como mis hijas. Yo acá, mis hijas sin comer allá... yo por querer vivir más yo para ellas. Que si yo estuviera sola, que fuera lo que Dios dijera y a la hora en que él diga hasta aquí, está muy bien, lo acepto.

Lo anterior muestra la importancia de la interacción social señalada por Blumer,<sup>11</sup> quien indica que la vida en grupo presupone interacción entre los miembros, en donde las acciones de unos ocurren en respuesta a las de los otros. La interacción social es un proceso que construye la conducta humana, la actuación de los otros se constituye en un factor positivo en la formación de la propia conducta. Los actos de cada miembro tienen significado tanto para el que origina la acción, como para el que la recibe.

### *Incertidumbre con el tratamiento ante el desconocimiento y creencias en torno a la enfermedad*

En la población aquejada por la diabetes aún persisten ideas y creencias en cuanto a la enfermedad y su tratamiento, entre ellas que la insulina es causante de ceguera y que acaba con los órganos o que la diabetes es una enfermedad peligrosa que lleva a un deterioro inevitable. A partir de esta percepción, los individuos desisten en llevar a cabo el tratamiento, con las consecuencias en el estado de salud:

...Yo dije: ¡ay, Dios mío, si me voy a inyectar insulina me voy a quedar ciega! Y ese es el miedo que le tenemos a la insulina... Por eso no han querido venir, porque yo no sé si es verdad o mentira de que se hagan ciegos y acaba con los órganos... Deben explicarle a la gente qué es lo que perjudica...

Lo anterior indica el desconocimiento que prevalecía en la población participante en cuanto a la enfermedad y su tratamiento,<sup>23,24</sup> que influía desfavorablemente en la adherencia terapéutica en esta enfermedad en la que el autocuidado es fundamental. La identificación de este desconocimiento constituye un área de oportunidad en el campo de la promoción de la salud, que debe ser explorada y atendida por el personal de salud.

## Experimentación de múltiples sentimientos ante las implicaciones de la enfermedad

Esta subcategoría muestra los significados atribuidos por las pacientes al convivir con su padecimiento, reflejados en los sentimientos experimentados ante las implicaciones de la enfermedad: tristeza, soledad, desesperanza, miedo, culpa, negación, mortificación, desánimo, impotencia, incertidumbre. Sentimientos provocados por las imposiciones y restricciones del tratamiento, sobre todo al control de la dieta; sentimientos que denotan la negación de la enfermedad y la prolongada agonía de convivir con la diabetes. Por otro lado, la persona con diabetes se enfrenta a emociones ambivalentes en su proceso de aceptar la enfermedad y aprender a convivir con ella: puede manifestar felicidad cuando percibe mejoría en su condición de vida al asumir la responsabilidad que le corresponde o vivir con el rechazo continuo hacia su condición, experimentando sentimientos negativos, que interfieren en la respuesta a las medidas terapéuticas:

...A veces sí me pongo mal, siento tristeza, algo que traigo y eso me afecta mucho... Me pone muy mala, pasan días y yo siento aquello, pues luego ya se me va...

De primero la gente se siente triste, porque dice: ¡ay, Dios mío, pues qué voy a hacer yo con esta enfermedad toda la vida! Pero va pasando el tiempo y mira uno que tiene que seguir la vida y la tiene que seguir bien. Ya si tienes suerte y estás bien, cuidándote, no tienes complicaciones, pues ya la llevamos bien.

Estos resultados son similares a los referidos por otros autores,<sup>25-27</sup> que abordan el tema de los sentimientos en la cronicidad y el proceso de cuidar. Los sentimientos experimentados por las mujeres en su convivencia con la diabetes representan objetos abstractos que se estructuran y se hacen presentes a partir de los significados que atribuyen a su condición de cronicidad. Se generan en el proceso de la interacción con otros, son objetos que adquieren un significado social y son vistos como símbolos que direccionan el actuar.<sup>11</sup>

## Conclusiones

La comprensión de las respuestas emocionales de las mujeres que conviven con diabetes mellitus 2 permite captar la intersubjetividad de sus experiencias y el proceso social con sus múltiples interacciones. Para ellas, vivir con diabetes es una experiencia complicada, de desgaste progresivo, revestida de emociones diversas que se convierten en objetos significativos que determinan su comportamiento hacia el cuidado de su condición de cronicidad.

El acercamiento a la comprensión de los sentimientos y comportamientos de las personas con diabetes aporta información para el análisis del actual modelo de atención, dado que integra los puntos de vista de quien convive con la diabetes mellitus 2, posibilita elementos para tomar la mejor decisión respecto al cuidado personal y, por ende, puede asegurar el apego al régimen terapéutico y la mejora de las condiciones de vida en el contexto de la condición crónica de la enfermedad.

## Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. [En línea] [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010) [Consultado 10/03/2012].
2. Mbanya JC. Calling out around the world. *Diabetes Voice*. 2011;56(2):4.
3. Córdova-Villalobos JA, Lee GM, Hernández-Ávila M, Aguilar-Salinas CA, Barriguete-Meléndez JA, Kuri-Morales P, et al. Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y sistema de indicadores de diabetes en México. *Rev Mex Cardiol*. 2009;20(1):42-5.
4. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [En línea] [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf) [Consultado 20/03/2012].
5. Secretaría de Salud. Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Códigos de la clasificación internacional de enfermedades CIE10 –10 LSA y clasificación CIE 9 = 250.0 (excluye: diabetes mellitus neonatal (775.1), diabetes no clínica (790.29), diabetes gestacional (648.8) hiperglicemia NEOM (790.6) diabetes mellitus; 01/2007. SS/CNSPSS. [En línea] [http://www.saludcolima.gob.mx/conacyt/2/protocolo\\_diabetes.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/conacyt/2/protocolo_diabetes.pdf) [Consultado 14/03/2012].
6. Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Urbe N, Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Publica Mex*. 2011;53(1):34-9.
7. Silva-de Faria AP, Bellato R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4):752-9. [En línea] <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf> [Consultado 23/08/2011].
8. Siqueira-Péres D, Franco LJ, Dos Santos MA. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Rev Latino-Enfermagem*. 2008; 16(1):101-8.
9. Pérez-Martínez VT. Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen*

- Integr. 2008;24(4). [En línea] [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_4\\_08/mgi04408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi04408.htm) [Consultado 23/06/2011].
10. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall; 2004.
  11. Blumer H. Symbolic interactionism; perspective and method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1969.
  12. Dos Santos SR, da Lima-Nóbrega MM. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2002;55(5):575-9.
  13. Glaser BG. The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
  14. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley, Calif.: Sociology Press; 1978.
  15. Anselm Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. (Colección Contus). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
  16. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
  17. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. En: Denzin NK, Lincoln YS, et al., editores. Handbook of qualitative research. California: Sage Publications; 1994. p. 1-17.
  18. De Souza-Minayo MC. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. En: de Souza-Minayo MC, compilador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. p. 9-29.
  19. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
  20. Guerra-de Castillo CA, Vásquez ML. el cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. Texto Contexto Enferm. 2006;15(1):74-81.
  21. Ribeiro JP, Alves Rocha S, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. Esc Anna Nery. 2010;14(4):765-71.
  22. Díaz-Oviedo A, Roseira-Boemer M. A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4):744-51.
  23. Dominguez Sánchez-Migallón P; Grupo AZUER. Control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2: grado de control y nivel de conocimientos (Estudio AZUER). Rev Clin Med Fam. 2011;4(1):32-41.
  24. López-Amador KH, Ocampo-Barrio, P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Arch Med Fam. 2007;9(2):80-6.
  25. Siqueira-Péres D, dos Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(6):1105-12.
  26. Alves-Apóstolo JL, Castro-Viveiros CS, Ribeiro-Nunes HI, Faustino-Domingues HR. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(4):575-82.
  27. Waldow VR, Figueiró Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(4):765-71.
- 
- Cómo citar este artículo:**  
Ledesma-Delgado ME, Oros-Elizarraras E, Ávila-Sansores GM, Ruvalcaba-Palacios G. Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014;22(2):85-92.