



**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA**

**FACTORES SOCIOCULTURALES DE GÉNERO, QUE DETERMINAN LA  
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS  
DE LA COMUNA DE FRESIA**

***Estudio Cualitativo con Enfoque de Género***

***Comuna de Fresia, Región de Los Lagos, año 2016***

**MADELINE PRADENA CONTRERAS**

***Nutricionista***

**Tesis para optar al grado académico de Magíster en Salud Pública  
Comunitaria y Desarrollo Local**

**Guía Tesis: Dra. Lucy Ketterer Romero**

**Temuco, 2017**

***Dedicatoria***

*A mi amada familia, a su dedicación y apoyo incansable.*

*Y a ti compañero de mi vida. Por tu mirada dulce y comprensiva que me acompaña desde hace años y que me ayuda a disfrutar mejor la vida.*

Esta tesis fue defendida con fecha....., ante la Comisión conformada por:

Representante de la Dirección de Postgrado.....

Director de Tesis.....

Profesor Informante.....

Profesor Informante.....

Obteniendo una calificación de.....

## Tabla de contenido

|                                                                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>RESUMEN .....</b>                                                     | <b>5</b>                             |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                                    | <b>7</b>                             |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                                                | <b>8</b>                             |
| <b>JUSTIFICACIÓN.....</b>                                                | <b>12</b>                            |
| <b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>                                            | <b>19</b>                            |
| <b>1. ÁMBITO O CONTEXTO SITUACIONAL .....</b>                            | <b>19</b>                            |
| 1.1. Ubicación geográfica.....                                           | 19                                   |
| 1.2. Demografía.....                                                     | 19                                   |
| <b>2. LA DIABETES COMO ENFERMEDAD EN CHILE .....</b>                     | <b>23</b>                            |
| 2.1. Definición .....                                                    | 23                                   |
| 2.2. Clasificación de los tipos de diabetes. ....                        | 23                                   |
| 3.1. Cuadro Clínico .....                                                | 25                                   |
| 3.2. Efectos secundarios de la enfermedad .....                          | 27                                   |
| 3.3. Prevalencia de una epidemia, Diabetes Mellitus II. ....             | 28                                   |
| <b>4. MIRANDO LA DIABETES A TRAVÉS DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. ....</b> | <b>30</b>                            |
| 4.1. Ciencia, feminismo y género. ....                                   | 30                                   |
| 4.2. El género como categoría de análisis.....                           | 31                                   |
| 4.3. Uso de los términos sexo y género. ....                             | 33                                   |
| 4.4. Identidad de género de la mujer.....                                | 35                                   |
| 4.5. El Patriarcado como modelo hegemónico de masculinidad.....          | 51                                   |
| 4.6. Diferencias y desigualdades de género en salud .....                | 57                                   |
| 4.7. El género como determinante de la salud. ....                       | 59                                   |
| 4.8. Modelos teóricos de género y salud. ....                            | 60                                   |
| <b>5. REPRESENTACIONES SOCIALES Y SALUD. ....</b>                        | <b>61</b>                            |
| 5.1. Origen del término representaciones sociales. ....                  | 61                                   |
| 5.2. ¿Cómo se configuran las representaciones sociales? .....            | 65                                   |
| <b>6. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>                                | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| <b>7. OBJETIVOS.....</b>                                                 | <b>67</b>                            |
| 7.1. Objetivo general.....                                               | 67                                   |
| 7.2. Objetivos específicos.....                                          | 67                                   |
| <b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>                                           | <b>70</b>                            |
| <b>1. TIPO DE ESTUDIO.....</b>                                           | <b>70</b>                            |
| <b>2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....</b>                                     | <b>70</b>                            |
| <b>3. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS CUALITATIVOS .....</b>              | <b>71</b>                            |
| <b>4. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD.....</b>                     | <b>74</b>                            |

|                                                           |                                      |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>5. RECURSOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN .....</b>   | <b>75</b>                            |
| <b>6. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>           | <b>76</b>                            |
| <b>7. PLAN DE ANÁLISIS .....</b>                          | <b>76</b>                            |
| <b>1. RESULTADOS Y ANÁLISIS .....</b>                     | <b>81</b>                            |
| a. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO .....   | 83                                   |
| b. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO HUMANO EN INVESTIGACIÓN ..... | 83                                   |
| c. OBJETIVOS.....                                         | 85                                   |
| Objetivo específico Nº 1.....                             | 85                                   |
| Objetivo específico Nº 2.....                             | 95                                   |
| Objetivo específico Nº 3.....                             | 99                                   |
| Objetivo específico Nº 4.....                             | 109                                  |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>                                 | <b>113</b>                           |
| <b>REFLEXIONES FINALES.....</b>                           | <b>116</b>                           |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                   | <b>117</b>                           |
| <b>ANEXOS.....</b>                                        | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| <b>ESTREVISTAS.....</b>                                   | <b>122</b>                           |

## **RESUMEN**

*En Chile, al igual que en el resto del mundo la diabetes Mellitus es uno de los mayores problemas de salud pública, siendo prioridad en las líneas de trabajo de las últimas décadas. Sin embargo, no logra ser solucionado eficazmente. Además, la magnitud del daño de la enfermedad aumenta a mayor vulnerabilidad social, siendo esta vulnerabilidad social mayor en zonas rurales, y mayor en mujeres que hombres como ocurre en la comuna de Fresia. Se realizó estudio cualitativo fenomenológico, descriptivo, transversal, con enfoque de Género. El método de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a 9 mujeres de la comuna de Fresia. Las mujeres con Diabetes Mellitus coinciden en que no logran adherir al tratamiento indicado por la realidad sociocultural que viven. Refiriendo que, aunque les importa su estado salud está primero el cuidar de sus familias, postergando sus necesidades y guardando sus vivencias para sí mismas. Las mujeres coinciden en que es su deber “estar sanas para cuidar a los suyos” y que el cambio a hábitos saludables se ve limitado por los gustos y costumbres de la familia por sobre las necesidades de cambio de su enfermedad. La desigualdad social que viven las mujeres caracterizado por las bajas oportunidades en lo social, económico y cultural, demuestra que el género es un determinante social transversal a las dimensiones que conforman nuestra salud. Estos factores socioculturales de género determinan la adhesión al tratamiento en mujeres con diabetes mellitus de la comuna de Fresia.*

## **ABSTRACT**

*In Chile, as in the rest of the world, diabetes mellitus is one of the major public health problems, being a priority in the work lines of the last decades. However, it cannot be solved effectively. In addition, the damage magnitude of the disease increases to greater social vulnerability, being this social vulnerability greater in rural areas and greater in women than men as it happens in the commune of Fresia. A qualitative, descriptive, cross - sectional qualitative study was carried out with a Gender approach. The data collection method was the semi-structured interview of 9 women from the commune of Fresia. Women with Diabetes Mellitus agree that they can't adhere to the treatment indicated because of the socio-cultural reality that lives. Remarking that, although they care about their health, it is first to take care of their families, putting off their needs and keeping their experiences for themselves. Women agree that it is their duty to "be healthy to care for their own" and that the change to healthy habits is limited by the tastes and customs of the family over the needs of changing their illness. The social inequality of women characterized by low social, economic and cultural opportunities shows that gender is a social determinant that transcends the dimensions that make up our health. These sociocultural gender factors determine adherence to treatment in women with diabetes mellitus in the commune of Fresia.*

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad las preocupaciones en Salud Pública ya no se centran en las enfermedades infectocontagiosas, sino en el conjunto de las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles, entre las cuales encontramos la Obesidad, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Diabetes Mellitus II (DMII), entre otras. Esta última es una enfermedad crónica, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre (hiperglicemia), que desencadena consecuencias secundarias altamente invalidantes para las personas que la padecen.

La hiperglicemia crónica es lo que define a la DMII, lo que causa un desorden generalizado del metabolismo que trae como consecuencias daño microangiopático (retinopatía, nefropatía y nefropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La DMII se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumenta el riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos.

La DMII es una enfermedad crónico-degenerativa y si bien no es curable, clínicamente se puede controlar en la mayoría de los casos evitando las temidas consecuencias secundarias. Provoca complicaciones a largo plazo que afectan principalmente a órganos como los ojos, riñones, sistema nervioso y vasos sanguíneos causando mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad de la población que la padece. La magnitud del daño de la enfermedad la convierte en uno de los mayores problemas de Salud Pública, no sólo en Chile sino en el mundo. Además el impacto económico que esto significa al afectar principalmente la capacidad productiva y con esto su calidad y esperanza de vida. En Chile la DMII es una enfermedad con una prevalencia en mayores de 15 años que alcanza un 9,4% de la población de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010. Esta prevalencia se diferencia por sexo, siendo de 8,4% en hombres y 10,4% en mujeres. Está dentro de las primeras causas de hospitalización y la primera responsable de los casos nuevos de ceguera. La población con diabetes tiene quince veces más riesgo de daño renal grave, que termina en diálisis y muerte. Así mismo, se doblan los riesgos de problemas cardíacos, embolias,

mayor susceptibilidad a gangrenas que ocasionan amputaciones en miembros inferiores. El desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones muestra diferencias según sexo: las complicaciones del sistema vascular periférico son mayores en hombres, 9.35%, que en mujeres, con un 3.54 %, las complicaciones renales son mayores en mujeres, con 0.85%, en los hombres 0.71 % de quienes padecen la enfermedad. Minsal, 2010.

Esto ha llevado a implementar, en el servicio público de salud programas ministeriales que buscan dar solución la situación antes mencionada. Actualmente contamos con el Programa de Salud Cardiovascular el cual pesquiza, diagnostica y entrega tratamiento a todos quienes lo necesitan. Cabe señalar que el tratamiento se basa en tres pilares fundamentales: 1) alimentación, 2) actividad física y 3) farmacología. Actualmente este tratamiento está asegurado por la ley de Garantías Explícitas de Salud (GES).

La implementación de estos programas ministeriales detalla el proceso fisiológico, los cambios anatómicos de la enfermedad y su tratamiento paso a paso. Pero no se hace mención a una diferencia más básica de quienes padecen la enfermedad; el sexo.

En la sociedad actual la diferencia sexual se convierte en desigualdad social y política. El enfoque de género alude a esta construcción sociocultural e histórica, en tanto permite identificar los diferentes roles y tareas que llevan a cabo hombres y mujeres en la sociedad, contribuyendo a reconocer las causas que las producen y ayudando a formular mecanismos tendientes a superar brechas, ya que ubica la problemática no en las mujeres o los hombres, sino en las relaciones sociales construidas sobre el poder y exclusión.

La igualdad de género supone que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello no significa, que mujeres y hombres deban convertirse en iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de su identidad sexual.

Si bien, existen numerosas investigaciones que se enfocan en los factores de riesgo, prevalencia en la población y tratamientos, en menor cantidad se ha estudiado el

apoyo familiar y social en el control de la DMII, menos desde la perspectiva de género. Y aunque se sabe que esta enfermedad depende, en gran medida, de la alimentación y los hábitos de vida personales y sociales, quienes la padecen no logran seguir las indicaciones médicas para su control. Eso ha llevado a algunos profesionales de la salud a investigar por qué algunas personas especialmente las mujeres no se adaptan a las prescripciones de la medicina actual, comenzando a enfocar sus investigaciones en describir costumbres dietéticas, creencias acerca de salud, uso de medicinas alternativas, tratamientos terapéuticos, de oración, sanación a través de la fe, meditación, homeopatía y reflexología, entre otros.

También, están quienes reconocen a las mujeres como personas con sus propias y únicas necesidades dentro de un contexto cultural y familiar propio. El objetivo de este estudio es mostrar las particularidades con las que deben lidiar las mujeres enfermas de diabetes para adherir al tratamiento médico indicado. Partiendo del supuesto que la DMII no sólo trae consigo cambios biológicos a nivel individual, sino también cambios sociales y culturales. Cambios que habitualmente no son considerados por los equipos de profesionales de la salud que los atienden, ni la comunidad, ni la familia en la que están insertos, lo que tiene gran importancia al momento de seguir el tratamiento de una enfermedad como la DMII que involucra todo un cambio de vida no sólo individual sino también familiar.

## ***CAPÍTULO I***

## **JUSTIFICACIÓN**

La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que constituye un grave y creciente problema de salud pública a nivel mundial y en nuestro país también, principalmente por la magnitud del daño que provoca en la población laboralmente activa con los consiguientes costos económicos y sociales que esto significa para el país.

La carga global de la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II (DMII) se estima en aproximadamente 366 millones de personas al 2030. Dos tercios de esta cifra corresponderán a países en vías de desarrollo, de África, Asia y Latinoamérica. El diagnóstico de DMII en los niños, niñas y adolescentes es un hecho cada vez más frecuente, lo que seguramente aumentará la carga de las complicaciones crónicas de la DMII.

La Diabetes Mellitus II va en aumento en nuestro país. La prevalencia en adultos de esta enfermedad aumentó de 6.3% el año 2003, a 9,4% el 2010, observándose una alta prevalencia de complicaciones especialmente por un mal control metabólico acentuado por la dificultad de seguir un tratamiento farmacológico y no farmacológico de por vida.

A diferencia de lo que se describe a nivel internacional, que la mitad de aquellos con la enfermedad desconoce su condición, en Chile sobre el 85% de las personas que tiene diabetes conocen su condición. El problema radica en la baja proporción de las personas afectadas que están bien controladas (tiene niveles de glicemia dentro de rangos normales). Esta falta de control es lo que determina la magnitud del daño y la consiguiente incapacidad laboral, social y muerte prematura.

Actualmente los esfuerzos del estado chileno, están puestos en la pesquisa precoz y el control de la enfermedad, con el objetivo que no se presenten las temidas consecuencias secundarias. Sin embargo, no se han logrado buenos resultados. Del 100% de la población bajo control sólo un 33% logra los niveles esperados de compensación metabólica que le permite mantener su salud y calidad de vida. Minsal, 2010.

Lo anterior justifica los programas de gobierno con los costos financieros que el Estado debe asumir en la prevención y tratamiento de la DMII. Están también los costos personales, familiares, sociales y laborales que le significan a cada persona.

Es evidente que las contribuciones de los conocimientos biológicos en el área de la salud son de extrema importancia, sin embargo resultan insuficientes cuando son considerados la única forma de control de la enfermedad. Tal como se ha mostrado a través de los determinantes sociales; el nivel sociocultural en que nacemos y nos desarrollamos, el ambiente en que vivimos, las experiencias previas y las reacciones emocionales de los pacientes a la enfermedad, se consideran tan importantes como las reacciones fisiológicas, lo que sustenta la necesidad de considerar los aspectos psíquicos, culturales y sociales en el proceso salud - enfermedad, ya que influyen los comportamientos de las personas para enfrentar la situación de vivir una enfermedad crónica.

En nuestro país nos hemos enfocado más a los conocimientos en el ámbito biológico que en aspectos psicosociales y comunitarios, causando un cierto grado de reduccionismo al momento de entender, tratar y estudiar esta enfermedad no existiendo mayores estudios en la materia, lo que resulta en una visión estrecha de lo que significa para una mujer padecer DMII. La poca relevancia dada a estas dimensiones en nuestro país podría ser por quienes se hacen cargo de la salud; profesiones médicos y no médicos, pero siempre del área biológica quedando abandonadas las otras dimensiones de la salud.

Pese al esfuerzo del estado, que implica cuantiosas sumas de dinero para el tratamiento y prevención de la diabetes, ésta sigue aumentando, convirtiéndose en una de las enfermedades más temidas por la población por sus consecuencias secundarias ampliamente difundidas: la discapacidad y muerte temprana que pueden llegar a causar. El problema está en que las personas que la padecen no logran seguir el tratamiento de forma adecuada a pesar de estar en conocimiento de los riesgos que esto significa. Se estima que muchos programas de educación y promoción en salud fracasan por no tener considerados aspectos psicológicos, culturales, sociales, interpersonales y las reales necesidades psicológicas de las personas diabéticas

Zanetti ML. (1993).” El proceso educativo debe englobar los aspectos subjetivos y emocionales que influyen a la hora de mantener el tratamiento, yendo más allá de los procesos cognitivos” (Ferraz et al. 2000: 75). De acuerdo con lo anterior, estimamos necesario conocer y comprender en profundidad las experiencias vividas, ya que sabemos que, las mujeres que padecen esta enfermedad “atribuye a las ex(periencias vividas por la enfermedad no un significado, sino un sentido que se relaciona con su modo de existir” (Damasceno, 1997:46 ). Por lo tanto, para que este proceso de aprendizaje de indicaciones médicas y en un nuevo estilo de vida sea eficaz, es necesario conocer las creencias, los sentimientos, los pensamientos, las actitudes, posibilidades y acciones de los pacientes, es decir lo que los sujetos aprenden del medio ambiente. (Sawala, 1994).

La mayor prevalencia de DMII ocurre en mujeres con un, 10,4% respecto a los hombres, con un 8,4%. De acuerdo al nivel socioeconómico la prevalencia también cambia; observándose un 6,2% en estratos socioeconómicos altos; un 7,1% en medio; y un 20,5% en bajo. Si a esto sumamos que el nivel de pobreza es mayor en mujeres que hombres, nos damos cuenta como el género juega un papel decisivo en la salud de las mujeres. (Minsal, 2010)

Es un hecho ampliamente reconocido y documentado en la literatura la importancia de la obesidad como factor de riesgo determinante para el desarrollo de la DM II, ya que existe una relación directamente proporcional en esta enfermedad entre obesidad y síndrome metabólico, y entre síndrome metabólico y DMII. (Minsal, 2010).

Las mujeres presentan mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los hombres, viven en situaciones de desventaja social, deterioro físico y emocional relacionado con su actividad cotidiana lo cual aumenta las posibilidades de desarrollar DMII.

Por otra parte, el aspecto psicológico es un factor predominante, las mujeres están expuestas a mayores niveles de estrés, tensión, ansiedad y depresión que aumentan la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol, las cuales aumentan la glicemia (azúcar en la sangre). Durante el embarazo, las hormonas causan resistencia a la insulina y generan lo que se conoce como diabetes gestacional, un padecimiento que a menudo desaparece con el nacimiento del bebé, pero quienes

llegan a padecerla tienen de 30 a 70 por ciento de posibilidad de presentar DMII después de 2 años.

La desigualdad social que viven las mujeres, caracterizada por las bajas oportunidades de desarrollo social, económico y cultural cada día cobra mayor fuerza, demostrando que el género es un determinante social transversal a las dimensiones que conforman nuestra salud. (Minsal, 2010).

Los sentimientos que causa saberse portador de una enfermedad como esta influyen en la actitud y acciones frente a la enfermedad, interfiriendo frente a la motivación y predisposición para la incorporación de nuevos estilos de vida, que les permitirían llevar de mejor manera la DMII. Más aún cuando son personas adultas en edad productiva y reproductiva que deben cumplir con determinadas expectativas sociales ¿cómo enfrentar este cambio que les acompañará toda la vida? Hombres y mujeres no piensan ni sienten de la misma forma y por lo tanto, no enfrentan de igual manera la enfermedad. El cumplimiento de los roles impuestos por el género serán evaluados por la sociedad y esto contribuye a generar nuestros sentimientos de felicidad, satisfacción o frustración.

Si bien la diabetes es una enfermedad altamente manejable por los estilos de vida, estos no son tan manejables por las mujeres como se cree, en tanto, hay ciertos aspectos dentro de un estilo de vida que se pueden modificar por convicción y educación, pero otros no. La alimentación que se ve muy manejable y uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, está limitada fuertemente por la capacidad económica de las mujeres que la sufren. El régimen diabético es rico en frutas, verdura y cereales integrales que no todos se pueden costear, de este modo podemos sostener como supuesto de trabajo que la insistencia obsesiva por un régimen estricto, generando en las mujeres mayor ansiedad, angustia y frustración, al no poder cumplir con las exigencias alimentarias que se les imponen. La encuesta CASEN 2012 muestra que los niveles de pobreza son mayores en mujeres que en hombres y esta brecha es aún mayor en mujeres rurales. No resulta fácil modificar el ingreso mensual, la familia, el entorno menos aun las representaciones sociales, sólo por el diagnóstico de una enfermedad.

“El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como rasgos de la personalidad, actitudes, valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres” (Tubert, 2003: 7-8).

“Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre ambos sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionados con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución” (Ostlin, 2002: 38).

Esta situación ha sido estudiada en países desarrollados, los que muestran que factores tales como el nivel educacional, el estrés y el apoyo social están relacionados con que una mujer diabética maneje su enfermedad. En nuestro país no existen suficientes estudios de esta naturaleza, lo cual motivó a plantear esta investigación en busca de identificar factores que se relacionan con que las mujeres diabéticas no adhieran al tratamiento de la enfermedad, para poder diseñar estrategias de prevención que apunten a las causas del problema, ya que las que se han utilizado hasta el momento no han sido suficientes.

Las participantes de este estudio cualitativo provendrán de la comuna de Fresia. Se seleccionará una muestra teórica, por conveniencia, y se les solicitará su participación voluntaria en el estudio mediante consentimiento informado, la que consiste en contestar una entrevista relacionada con sus creencias y vivencias sobre la enfermedad, hábitos alimenticios, datos socio-demográficos, nivel socioeconómico, estado civil, nivel educacional, apoyo social y nivel de estrés; los datos recolectados de las participantes serán de estricto carácter confidencial.

La intención del estudio es penetrar profundamente en la complejidad del ser mujer con diabetes y trabajar con pocos casos para profundizar el significado del objeto en estudio. Comprender desde distintas perspectivas la realidad vivida a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos de los cuales parte el análisis.

Lo que se busca es aumentar la comprensión de la realidad en que trabajamos, es penetrar profundamente en la complejidad de la enfermedad desde diferentes perspectivas.

Estimamos que si avanzamos en identificar cuáles son los factores que interfieren en que las mujeres diabéticas a pesar de asistir regularmente a los controles, comprender y aceptar el régimen no modifiquen su dieta y hábitos de vida, podemos plantearnos cómo colaborar en controlar y/o manejar estos factores.

Estimamos que la información derivada de la realización de este estudio constituirá un valioso insumo para el diseño de políticas de salud y estrategias de prevención de la Diabetes a nivel local.

Sumado a esto, y a pesar del aumento de la conciencia colectiva de la relevancia del enfoque de género en salud, aún falta formación en el tema y son insuficientes las investigaciones que integran esta perspectiva de forma efectiva.

La siguiente investigación se divide en tres capítulos que se señalan a continuación: **marco conceptual, marco metodológico y resultados/discusión**. Con ellos se pretende dar un orden y mejorar la comprensión del tema tratado para cualquier persona ajena al área de la salud pública ya que la problemática abordada trasciende esta área, es un tema vigente, que día a día se observa la necesidad de incorporarlo a las políticas del país.

## ***CAPÍTULO II***

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. 1. ÁMBITO O CONTEXTO SITUACIONAL

#### 1.1. Ubicación geográfica

Fresia es una comuna del sur de Chile, ubicada en la Provincia de Llanquihue en la X Región de Los Lagos, a unos 34 kilómetros al poniente de Puerto Varas. Limita al norte con la comuna de Purranque, al este con la comuna de Frutillar y Llanquihue, al sur

con la Comuna de Los Muermos y al Oeste con el Océano Pacífico. Su superficie de 1.278,9 Km<sup>2</sup> representa el 1,9% del total regional y el 8,6% de la provincia con una densidad de 10,2% habitantes por Km<sup>2</sup> y esto a su vez representa sólo el 4,9% de la población provincial. Pladeco, Fresia (2010-2014)

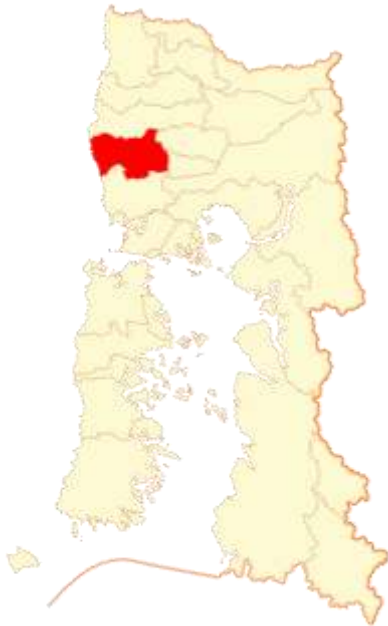
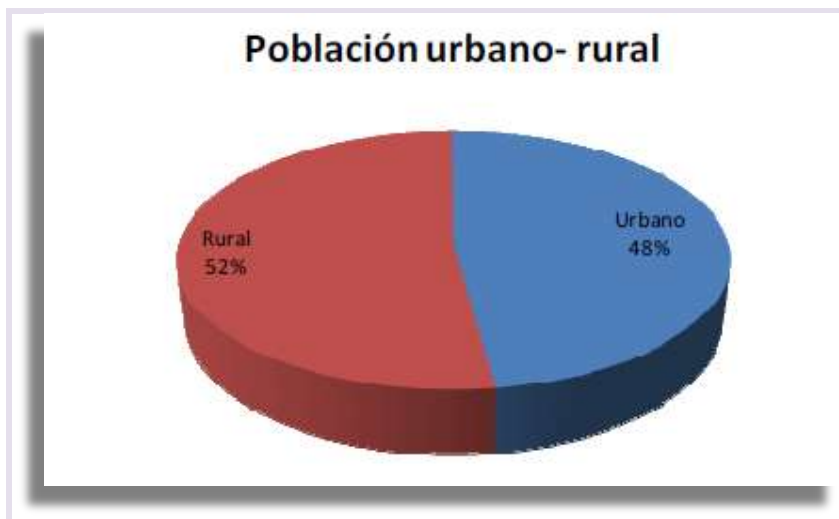


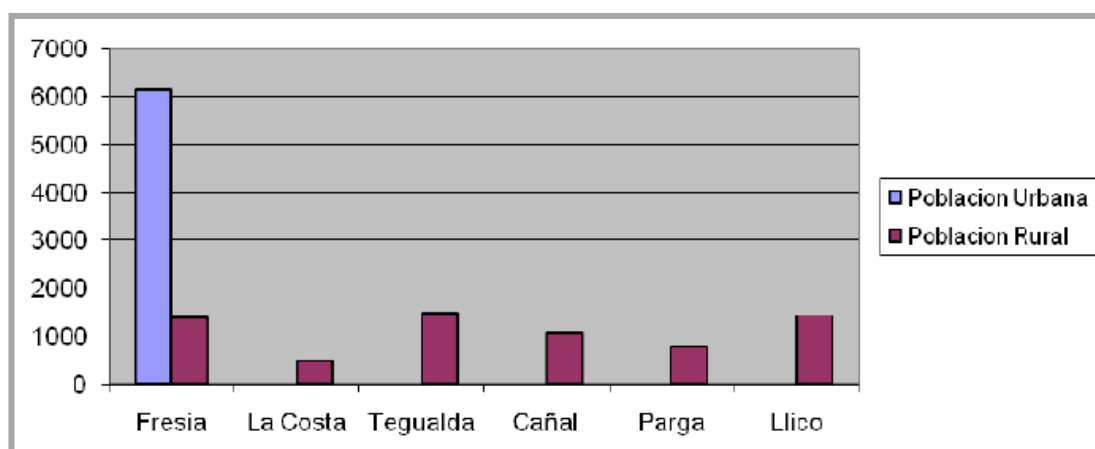
FIGURA 1: Ubicación de la Comuna de Fresia en la Región de los Lagos

#### 1.2. Demografía

La comuna de Fresia, cuenta con una población de 12.804 habitantes según el Censo de Población y Vivienda del año 2002, de los cuales el 48% corresponde a población urbana y el 52% a población rural.



**FIGURA 2: POBLACIÓN SEGÚN SECTOR URBANO – RURAL, SEGÚN CENSO 2002**



**FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN URBANA – RURAL COMUNA DE FRESIA**

| REGIÓN DE LOS LAGOS |                      |                     |                |                         |                                     |                                     |
|---------------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Provincia           | Comuna               | Población Residente |                |                         |                                     |                                     |
|                     |                      | Censo 1992          | Censo 2002     | Censo 2012 (preliminar) | Variación Intercensal (1992 y 2002) | Variación Intercensal (2002 y 2012) |
| Llanquihue          | Puerto Montt         | 128.811             | 174.038        | 228.118                 | 35,1                                | 31,1                                |
|                     | Calbuco              | 27.214              | 31.023         | 32.531                  | 14,0                                | 4,9                                 |
|                     | Cochamó              | 4.346               | 4.323          | 3.841                   | -0,5                                | -11,1                               |
|                     | Fresia               | 12.969              | 12.620         | 11.623                  | -2,7                                | -7,9                                |
|                     | Frutillar            | 12.916              | 15.135         | 16.338                  | 17,2                                | 7,9                                 |
|                     | Los Muermos          | 16.878              | 16.772         | 16.456                  | -0,6                                | -1,9                                |
|                     | Llanquihue           | 14.699              | 16.504         | 16.463                  | 12,3                                | -0,2                                |
|                     | Mauñilín             | 17.070              | 15.621         | 15.610                  | -8,5                                | -0,1                                |
| Chiloé              | Puerto Varas         | 26.102              | 32.503         | 37.942                  | 24,5                                | 16,7                                |
|                     | Castro               | 29.896              | 39.351         | 43.306                  | 31,6                                | 10,1                                |
|                     | Ancud                | 37.577              | 39.762         | 40.678                  | 5,8                                 | 2,3                                 |
|                     | Chonchi              | 10.640              | 12.483         | 14.104                  | 17,3                                | 13,0                                |
|                     | Curaco de Vélez      | 3.012               | 3.379          | 3.585                   | 12,2                                | 6,1                                 |
|                     | Dalcahue             | 7.780               | 10.679         | 13.254                  | 37,3                                | 24,1                                |
|                     | Puqueldón            | 4.258               | 4.124          | 4.077                   | -3,1                                | -1,1                                |
|                     | Queilén              | 4.999               | 5.145          | 5.165                   | 2,9                                 | 0,4                                 |
|                     | Quellón              | 15.093              | 21.556         | 25.496                  | 42,8                                | 18,3                                |
|                     | Quemchi              | 8.180               | 8.553          | 8.367                   | 4,6                                 | -2,2                                |
| Osorno              | Quinchao             | 9.112               | 8.932          | 8.173                   | -2,0                                | -8,5                                |
|                     | Osorno               | 128.196             | 145.302        | 153.797                 | 13,3                                | 5,8                                 |
|                     | Puerto Octay         | 10.778              | 10.171         | 8.883                   | -5,6                                | -12,7                               |
|                     | Purranque            | 20.129              | 20.814         | 20.320                  | 3,4                                 | -2,4                                |
|                     | Puyehue              | 10.934              | 10.829         | 10.927                  | -1,0                                | 0,9                                 |
|                     | Río Negro            | 15.927              | 14.732         | 13.363                  | -7,5                                | -9,3                                |
|                     | San Juan de La Costa | 9.587               | 8.782          | 6.523                   | -8,4                                | -25,7                               |
| Palena              | San Pablo            | 11.078              | 10.137         | 10.081                  | -8,5                                | -0,6                                |
|                     | Chaitén              | 7.006               | 7.062          | 3.336                   | 0,8                                 | -52,8                               |
|                     | Futaleufú            | 1.737               | 1.822          | 2.299                   | 4,9                                 | 26,2                                |
|                     | Hualaihué            | 7.872               | 8.210          | 8.702                   | 4,3                                 | 6,0                                 |
|                     | Palena               | 1.886               | 1.675          | 1.811                   | -11,2                               | 8,1                                 |
| <b>TOTAL REGIÓN</b> |                      | <b>616.682</b>      | <b>712.039</b> | <b>785.169</b>          | <b>15,5</b>                         | <b>10,3</b>                         |

**TABLA 1: CENSO 2002 DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. REGIÓN DE LOS LAGOS.**

Según los resultados preliminares del censo de población y vivienda del año 2012, la población total de la comuna de Fresia disminuyó a 11.623 habitantes según se señala en la tabla 1. Esta disminución en la población de la comuna tiene múltiples causas, dentro de las cuales está el cambio demográfico que ocurre a nivel nacional, donde las tasas de natalidad han disminuido llevándonos a un crecimiento/vegetativo de la población. Y por otra parte esta la migración tanto por razones educativas como laborales, los jóvenes se van a estudiar y por la falta de oportunidades laborales en la comuna se ven en la necesidad de radicarse en otras comunas, formando ahí sus nuevas familias.

Cabe señalar que entre los resultados del INE correspondientes al censo de población y vivienda del año 2002 y los resultados preliminares señalados en la misma fuente consultada existe una diferencia de 184 habitantes lo cual se podría explicar debido a que a la fecha, el informe del censo 2012 sigue en calidad de preliminar. En estos resultados sólo se hace referencia a población total, no existiendo datos aún de población por sexo.

El desarrollo demográfico comunal, está fuertemente ligado al tipo de actividades económicas que se realizan dentro del territorio, es decir la relación entre población y actividad económica es muy directa. Esta relación se refleja en la comuna de Fresia, donde se concentra mayor cantidad de población por ser la única localidad urbana de la comuna. (I.N.E. 2012:75).

| DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA Y AREA URBANA – RURA<br>(Censo 2002) | SEXO        |         |         | Índice de masculinidad |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|---------|---------|------------------------|
|                                                                       | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |                        |
| Fresia                                                                | 12.804      | 6.580   | 6.224   | 105,72                 |
| Urbana                                                                | 6.144       | 3.003   | 3.141   | 95,61                  |
| Rural                                                                 | 6.660       | 3.577   | 3.083   | 116,02                 |

**TABLA 1: POBLACIÓN TOTAL POR SEXO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD, SEGÚN ÁREA URBANO – RURAL**

Según el censo de población y vivienda del año 2002, la población de la comuna de Fresia según sexo es muy parecida en número ya que los hombres ascienden a 6.580 habitantes, divididos en 3.003 en el sector urbano y 3.577 a nivel rural, de igual manera el número total de mujeres es de 6.224 habitantes, teniendo un porcentaje muy parecido en ambos sectores, 50,5% urbano y 49,5% rural. (I.N.E. 2012:75)

## **2. 2. LA DIABETES COMO ENFERMEDAD EN CHILE**

### **2.1. Definición**

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa y si bien no es curable clínicamente se puede controlar en la mayoría de los casos evitando las consecuencias secundarias. Es una enfermedad crónica, que dura toda la vida, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre. Se presenta cuando el cuerpo no responde correctamente a la insulina, una hormona secretada por las células beta del páncreas. Existen varios tipos de diabetes, pero la forma más común de la enfermedad, es la Diabetes Mellitus II (DMII). La diabetes es causada por un problema en la forma en que el cuerpo produce o utiliza la insulina. Esta última es una hormona, encargada de regular los niveles de azúcar en la sangre, por lo que la falta o el funcionamiento deficiente de esta producen una hiperglicemia (elevación de la glucosa sanguínea circulante). Entonces queda demasiada glucosa en la sangre, lo que causa los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2 (polidipsia, poliuria, polifagia, hipertrigliceridemia entre otras). La existencia de mecanismos bioquímicos precozmente alterados en la diabetes demuestra que la hiperglicemia sería el principal factor de complicaciones crónicas, el daño multisistémico que se produce a nivel micro y macro vascular afecta principalmente la retina, riñones, sistema nervioso y vascular. (Zafra et al. 2000).

### **2.2. Clasificación de los tipos de diabetes.**

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

**1. Diabetes Mellitus tipo 1**

**2. Diabetes Mellitus tipo 2**

3. Otros tipos específicos de Diabetes

4. Diabetes Gestacional

5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada

### **3. DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Se caracteriza por su aparición en edades maduras, aproximadamente desde los 40 años, de forma lenta, en personas frecuentemente obesas o con sobrepeso. Dándole la mayor responsabilidad al estilo vida poco saludable de hoy en día. Por otra parte se ha estudiado su naturaleza genética, la que ha sido sugerida por la concordancia de esta forma clínica en gemelos idénticos y por su transmisión familiar. Si bien se ha reconocido errores genéticos puntuales que explican la etiopatogenia de algunos casos, en la gran mayoría se desconoce el defecto, siendo lo más probable que existan alteraciones genéticas múltiples (poligénicas). El primer evento en la secuencia que conduce a DMII es una resistencia a la insulina que lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulínica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica. (Arteaga et al. 1997).

Los individuos con intolerancia a la glucosa y los diabéticos de corta evolución son hiperinsulinémicos y esta enfermedad es un componente frecuente en el llamado Síndrome de Resistencia a la Insulina o Síndrome Metabólico. Otros componentes de este cuadro y relacionados con la insulina-resistencia y/o hiperinsulinemia son hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad tóraco - abdominal (visceral), gota, aumento de factores protrombóticos, defectos de la fibrinólisis y aterosclerosis. Por ello, estos sujetos tienen aumentado su riesgo cardiovascular. La obesidad y el sedentarismo son factores que acentúan la insulina-resistencia. La obesidad predominantemente visceral, a través de una mayor secreción de ácidos grasos libres y de adipocitoquinas (factor de necrosis tumoral alfa, interleuquinas 1 y 6) y disminución de adiponectina, induce resistencia insulínica. Si coexiste con una resistencia genética, produce una mayor exigencia al páncreas y explica la mayor

precocidad en la aparición de DM tipo 2 que se observa incluso en niños. (Arteaga et al. 1997).

Para que se inicie la enfermedad que tiene un carácter irreversible en la mayoría de los casos, debe asociarse a la insulina-resistencia un defecto en las células beta. Se han postulado varias hipótesis: agotamiento de la capacidad de secreción de insulina en función del tiempo, coexistencia de un defecto genético que interfiere con la síntesis y secreción de insulina, interferencia de la secreción de insulina por efecto de fármacos e incluso por el incremento relativo de los niveles de glucosa y ácidos grasos en la sangre (glucolipotoxicidad).

La DMII es una enfermedad progresiva en que a medida que transcurren los años su control metabólico va empeorando producto de la resistencia a la insulina y a mayor deterioro de su secreción. (Arteaga et al. 1997).

### **3.1. Cuadro Clínico**

Los síntomas clínicos de la DMII son consecuencia de las repercusiones que origina la falta de insulina a nivel de las células de los distintos tejidos diana: hígado, músculo y tejido adiposo. El déficit de insulina y/o la pérdida de su eficacia de acción a nivel de estos tejidos, originará una serie de alteraciones metabólicas en cadena, cuyas principales consecuencias serán: un incremento en la producción hepática de glucosa y una disminución en el consumo periférico de la misma en los tejidos muscular y adiposo. De esta manera, ni la glucosa procedente de los alimentos, ni la producida por el hígado puede ser metabolizada por las células y, en consecuencia, se establece una situación de hiperglucemia que originará las complicaciones y los síntomas cardinales de la enfermedad: poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y pérdida de peso. (Zafra et al. 2000).

**Poliúria:** El aumento exagerado de la diuresis es, quizá, la manifestación clínica más frecuente y precoz. Cuando la hiperglucemia supera el umbral renal para la glucosa (180 mg/dl), aparece la glucosuria que puede ocasionar pérdidas elevadas de glucosa y electrolitos a través de la orina. Se produce una importante diuresis osmótica (3-4

l/día), con eliminación excesiva de orina de elevada densidad durante el día y la noche. La elevada diuresis nocturna recibe el nombre de nicturia.

**Polidipsia:** El incremento de sed es un mecanismo para contrarrestar la poliuria y evitar la deshidratación. Puede ser que la intensidad de la poliuria y la polidipsia varíe en relación con el nivel de glucemia, como consecuencia de variaciones en el umbral renal para la glucosa, que suele incrementarse con la edad. Este hecho, contribuye a que estos síntomas puedan pasar desapercibidos en las fases iniciales de la diabetes del adulto, especialmente en personas de edad avanzada.

**Polifagia:** El exceso de apetito de los diabéticos es el reflejo del "hambre" de glucosa que tienen las células y traduce la insuficiente penetración de esta glucosa en los distintos tejidos. Además, la glucosuria implica una pérdida de "energía calórica" en forma de glucosa a través de la orina, que es necesario compensar.

**Astenia:** El cansancio es consecuencia de la alteración del metabolismo de la glucosa a nivel de las células musculares. Además de este déficit de "energía glucosa" en el tejido muscular, el deficiente aprovechamiento de las proteínas y de las grasas, así como su elevada utilización energética en reemplazo de la glucosa que no puede ingresar al músculo, acompañado todo ello de la disminución del glucógeno en hígado y músculo, contribuyen al agotamiento progresivo de la persona diabética.

**Pérdida de Peso:** El adelgazamiento es también consecuencia de la pérdida de energía mediada por la glucosuria. Pero además, otras manifestaciones de la falta del efecto anabólico de la insulina en los tejidos como la disminución de la lipogénesis y el aumento de la lipólisis en el tejido adiposo, así como la proteólisis aumentada y la disminución de la síntesis de proteínas, colaboran significativamente en la pérdida de peso del diabético.

Otros síntomas relacionados con la Hiperglicemia

**Prurito:** La sensación de picazón o quemazón se debe a un aumento de la glucosa en el interior de las células dérmicas. Es más frecuente en genitales externos, especialmente en el sexo femenino, y suelen manifestarse como vulvovaginitis a las

que no es raro que se asocien infecciones por candidas. En el sexo masculino pueden manifestarse como balanopostitis.

**Infecciones:** La hiperglucemia crónica es un medio favorable para el crecimiento bacteriano, favorecido por una disminución de la capacidad fagocitaria de los leucocitos y la glicosilación de las inmunoglobulinas. Las forunculosis, ántrax, orzuelos, flemones, abscesos, intertrigos inguinales y submamarios, se presentan con mayor frecuencia en personas diabéticas. El retraso en la cicatrización de las heridas puede ser importante en las lesiones más distales de las extremidades inferiores, especialmente en presencia de vasculopatía periférica avanzada. Sin embargo, la mala cicatrización de estas heridas y de manera más concreta la de las heridas operatorias, se ha magnificado y puede estar relacionada con sobreinfecciones añadidas.

**Hipersomnia Postprandial:** Está relacionada con el aumento de glucemia y triglicéridos postprandiales en diabéticos mal controlados, agravada a veces por alteraciones circulatorias cerebrales, especialmente en diabéticos adultos mayores. (Zafra et al. 2000).

### **3.2. Efectos secundarios de la enfermedad.**

Las complicaciones de la Diabetes Mellitus se asocian a hiperglucemia crónica que a largo plazo afectan especialmente a los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Conceptualmente, las manifestaciones crónicas de la DMII son lesiones, más o menos específicas, que afectan a distintos órganos de las personas diabéticas y que comprometen su calidad y expectativa de vida. Las lesiones en las que está implicada la microangiopatía diabética (o alteraciones de los pequeños vasos sanguíneos) son muy específicas de la enfermedad y afectan principalmente la microcirculación de la retina (retinopatía diabética) y del riñón (nefropatía diabética). Las lesiones macrovasculares comprometen la circulación de mediano y gran calibre (macroangiopatía diabética) y presentan y comparten características similares con la arteriosclerosis. En general, se acepta que las personas con DM tipo 2 presentan más

frecuentemente complicaciones macroangiopáticas, aunque no están exentas de padecer complicaciones microvasculares. Las distintas complicaciones crónicas de la DMII pueden presentarse aisladamente, aunque a menudo se asocian diferentes manifestaciones tardías en una misma persona. Con el aumento de la expectativa de vida y la mayor evolución de la enfermedad, se aprecia un considerable solapamiento entre las distintas complicaciones crónicas. Como norma, suelen iniciarse a partir de los 10-15 años de hiperglucemia franca. No obstante, en algunos casos pueden aparecer de forma precoz y hasta pueden estar presentes en el momento del diagnóstico o ser el motivo por el que se diagnostica una DMII, principalmente en aquellas situaciones en las que la enfermedad se ha diagnosticado demasiado tarde y también en personas de edad avanzada.

Tanto observaciones experimentales como distintos estudios clínicos realizados en pacientes con DM tipo 1 y tipo 2, apoyan la teoría de que la normoglicemia ayuda a controlar la frecuencia de complicaciones, retrasa su aparición y enlentece su evolución. En la actualidad disponemos de sólidas evidencias que apoyan la existencia de una clara asociación entre la gravedad de las complicaciones crónicas microvasculares de la DM, la duración de la enfermedad y el grado de hiperglucemia. No obstante, para las manifestaciones tardías macrovasculares, dicha asociación es menos evidente y un claro motivo de controversia. (Zafra et al. 2000).

### **3.3. Prevalencia de una epidemia, Diabetes Mellitus II.**

La prevalencia de Obesidad Abdominal y Diabetes Mellitus II (DMII) crece de forma imparable en todo el mundo, tanto en países occidentales como en los del tercer mundo. Se ha estimado que para el año 2010 el número total de diabéticos en el mundo sobrepasará los 200 millones y en el año 2025 serán más de 300 millones. Múltiples estudios han corroborado que las enfermedades macrovascular, coronaria (EC), cerebrovascular (ECV) y vascular periférica (EVP) son significativamente más frecuentes en el diabético. Así, cerca de las dos terceras partes de los fallecimientos en diabéticos se deben a infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca congestiva y/o accidente cerebrovascular (ACV). La mortalidad por EC en la DM tipo 2

no ha disminuido de forma significativa en los últimos años, como sí lo ha hecho en los individuos no diabéticos. Asimismo, la mortalidad por EC ajustada por edad en mujeres diabéticas se ha incrementado, y ha llegado a superar en un 50% la de los varones diabéticos. La DMII es causa mayor de mortalidad general bien establecida. Por otra parte, la DMII incrementa el riesgo de incapacidad, baja laboral y desempleo e incrementa el gasto médico per cápita de 2 a 5 veces respecto a los sujetos sanos. (Zafra et al. 2000).

La Diabetes Mellitus II (DMII) va en aumento en nuestro país. En Chile la DMII es una enfermedad con una prevalencia en mayores de 15 años que alcanza un 9,4% de la población de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010. Esta prevalencia se diferencia por sexo, siendo de 8,4 en hombres y 10,4 en mujeres. La prevalencia en mayores de 15 años de esta enfermedad aumentó de 6,3% el año 2003 a 9,4% el 2010, observándose una alta prevalencia de complicaciones especialmente por un mal control metabólico acentuado por la dificultad de seguir un tratamiento farmacológico y no farmacológico de por vida. (Minsal, 2010).

La diabetes produce un deterioro gradual y progresivo en diferentes áreas de la vida de las personas según el avance de la enfermedad; las áreas más afectadas son la capacidad funcional y la sensación de bienestar. En suma, la enfermedad, su manejo y las complicaciones impactan en diferentes aspectos de la vida cotidiana de los pacientes diabéticos, como en el trabajo, las relaciones personales, sociales y familiares y el bienestar físico y psicológico, entre otros. (Zafra et al. 2000). Las complicaciones, como la vasculopatía periférica, la retinopatía, la cardiopatía isquémica y la nefropatía, entre otras, son las que tienen mayor impacto en la vida de las personas. Un buen control metabólico reduce las complicaciones macrovasculares, pero más aún las complicaciones microvasculares. Los grupos de diabéticos más afectados en muchos aspectos de la vida cotidiana son las mujeres, los obesos, los ancianos, las personas que viven solas y las personas con bajo ingreso económico. (Quirantes et al. 2002).

La falta de un manejo efectivo de estos pacientes y la baja adherencia a las acciones recomendadas, según otros autores (Minsal, 2010), quedan de manifiesto en la baja

proporción de pacientes bien controlados; sólo el 36% de los pacientes diabéticos en la Atención Primaria en Chile tiene buen control metabólico (Minsal, 2010). Hay un creciente número de pacientes diabéticos que ingresa a diálisis, una alta frecuencia de pacientes con pie diabético que deben ser amputados y otras complicaciones prevenibles que afectan significativamente la calidad de vida de las personas. La diabetes es el principal factor de riesgo para amputaciones de extremidades inferiores y la primera causa de amputación no traumática; sin embargo, la tasa de amputación por complicaciones periféricas, en población diabética, aumentó en Chile entre los años 2002 y 2006 en un 28%. (Minsal, 2010).

El Ministerio de Salud plantea que en la atención primaria ya no basta con medir parámetros clínicos, sino que es necesario valorar otros aspectos, esta recomendación la comparten otros autores, quienes plantean que además es necesario tener en cuenta la satisfacción del paciente con su tratamiento, ya que ésta, está relacionada con la adherencia terapéutica y los resultados clínicos, es decir, la reducción de los síntomas y el control de la enfermedad. Las consecuencias de los tratamientos satisfactorios frente a los insatisfactorios es que pueden tener un impacto directo sobre la eficacia terapéutica, especialmente cuando el tratamiento necesita de un autocontrol importante durante el resto de la vida, como es el caso de la diabetes. (Mercado, 1996).

#### **4. MIRANDO LA DIABETES A TRAVÉS DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

##### **4.1. Ciencia, feminismo y género.**

Los estudios de género, como los conocemos hoy día, nacen de la mano del feminismo de los años sesenta y setenta. A nuestro entender, no cabe duda de que el feminismo es uno de los movimientos básicos de la libertad humana y de que ha aportado importantes avances al conocimiento científico, incluyendo el campo de la salud. Una de estas contribuciones ha sido la consolidación de la categoría «género» como herramienta de análisis para comprender los procesos de desigualdad en salud entre hombres y mujeres. Otra de sus aportaciones es el desarrollo de un punto de vista crítico que cuestiona la tradicional —y androcéntrica— forma de hacer ciencia, presentada a sí misma como objetiva y con validez universal. (Janzen, 1998).

En este sentido, nos avisa de que somos herederas y herederos de los esquemas de pensamiento científico del pasado, fundamentalmente del siglo XIX, y de que el conocimiento de que disponemos sobre la salud de las mujeres y, a veces, también de los hombres —ni qué decir de las personas intersexuales y transexuales—, es limitado y discutible. Por ejemplo, históricamente la investigación en Salud Pública apenas ha reconocido los problemas que afectan particularmente a las mujeres (a excepción de la salud sexual reproductiva), y varias temáticas han sido sesgadas con aproximaciones parciales y estereotipadas, como en la atención de la salud mental. Otro error frecuente ha sido la escasa atención a la interacción del género con otros factores de desigualdad social como la clase social, la edad, la etnia o la orientación sexual. (Janzen, 1998).

Un paso previo e imprescindible para incorporar la perspectiva de género es despertar un punto de vista crítico y realizar una relectura del conocimiento disponible para identificar, analizar y documentar las formas de desigualdad en salud por el hecho de poseer un determinado sexo, en un contexto —histórico y de lugar— concreto. Es precisamente en el desarrollo de este tipo de conocimiento donde radica el mayor interés. Por ello, enfoca su atención en las principales críticas y aportaciones de la epistemología y la metodología feministas al modo hegemónico de hacer investigación. Marco necesario para entender la emergencia teórica y la aplicación práctica del género como categoría analítica. (Ortiz, 2002).

#### **4.2. El género como categoría de análisis**

Dentro de estas coordenadas epistemológicas y metodológicas, el género se configura como una categoría clave de investigación científica. Aunque el género como concepto se inserta dentro del aparato conceptual del feminismo teórico, adquiere especial relevancia en las ciencias sociales y sanitarias por su potencialidad de explicación e interpretación de la realidad. Por ello va calando gradualmente en todos los campos del conocimiento.

El concepto del género se acuñó en los años setenta con la finalidad, primero, de resaltar las diferencias entre mujeres y hombres y, segundo, de subrayar cómo estas diferencias eran construidas social y culturalmente. (Tubert, 2003). La introducción del término género en la investigación como un término alternativo y diferente al de sexo trató de combatir el determinismo biológico presente en la investigación y en la ciencia de forma general, enfatizando la dimensión social de las diferencias y desigualdades entre los sexos. Desde entonces, es un concepto en continua transformación, revisión y adecuación a momentos históricos y contextos sociales, aunque siempre prevaleciendo su objetivo primario de «identificar y separar y poner en relación, lo que es culturalmente construido de/con lo que es natural» (Ortiz, 2002:143).

El género puede entenderse en dos sentidos diferenciados, aunque interconectados:

- **El género como sistema de relaciones sociales.**

Este nivel alude básicamente a las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y varones; concretamente hace referencia al «sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres (y todo lo considerado como femenino), respecto a los varones (y lo considerado masculino)» (Ortiz, 2006: 143).

- **El género como categoría analítica.**

Que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis, también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades. (Harding, 1987).

La incorporación del género contribuye a mirar desde un nuevo prisma una determinada área de investigación, posibilitando el diseño de nuevas cuestiones y marcos de trabajo. Además, el género es una herramienta muy poderosa para la revisión crítica y la denuncia de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres. (Adán, 2006). La mirada de género pretende resaltar que un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no da cuenta de la realidad y no es

coherente para enfrentar las desigualdades en salud. (Gómez, 2002). En definitiva, la incorporación de la perspectiva de género en salud supone el planteamiento de nuevos desafíos éticos y metodológicos que exigen una reconfiguración de la investigación en salud. (W.H.O. 1998).

#### **4.3. Uso de los términos sexo y género.**

Los términos sexo y género han estado, y están, sometidos a examen y reformulación constante, según época, lugar y enfoque teórico. Por ello, contamos con un amplio abanico de definiciones. A continuación, se ofrecen algunas definiciones ampliamente aceptadas, tras las cuales se suman comentarios que suscitan el debate actual. Como vemos, sexo y género vienen a entroncarse en un viejo debate en relación a la divisoria entre naturaleza y cultura, aunque los marcos explicativos comienzan a romper con esta dicotomía buscando el entramado social complejo que subyace tras el proceso de salud-enfermedad-atención. (Krieger, 2003).

**Sexo** «es un concepto basado en las características biológicas que posibilitan la reproducción sexual. Las categorías sexuales incluyen mujer, hombre, intersexual — persona que nace con características sexuales tanto femeninas como masculinas— y transexual —persona que se somete a intervenciones quirúrgicas u hormonales para cambiar de sexo—» (Krieger, 2001). Habitualmente, el término «sexo» suele usarse para designar diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres.

Recientemente, se discute que el concepto «sexo» también es una construcción social.

La noción de **«género»** gira alrededor de la idea de que «lo femenino» y «lo masculino» —si nos atrevemos «lo intersexual» y «lo transexual»—, no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. ¿Qué significa esto? Que cuando hablamos de «género» nos referimos a un sistema de relaciones sociales que establece normas y prácticas sociales para los hombres y las mujeres, y a un sistema de relaciones simbólicas que proporciona ideas y representaciones. Las atribuciones de género e identidades individuales varían en un espectro diverso y las relaciones de género cambian entre diferentes sociedades y en una misma sociedad, en función de divisiones sociales basadas en premisas de poder, autoridad y prestigio —por ejemplo,

clase social, etnia, o nacionalidad— (Krieger, 2001). Ello supone considerar el género como uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, pues hace una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades. De ahí que sea un determinante de la salud.

A continuación y a modo de resumen presentaremos un cuadro que sintetiza las principales características del concepto de género así como los usos inapropiados del término.

**Cuadro N° 1. Características del concepto género.**

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Relacional</b>                          | No se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.                                                                                                             |
| <b>Asimétrico/<br/>jerárquico</b>          | Las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder. |
| <b>Cambiante</b>                           | Los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y espacio, siendo susceptibles a cambios por intervenciones.                                                                                                            |
| <b>Contextual</b>                          | Existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a etnia, clase, cultura, etc.                                                                                                                                              |
| <b>Institucionalmente<br/>estructurado</b> | Se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores institucionales, legislación, religión, etc.                                                 |

Hay que cuidarse de no hablar de dos «géneros» en plural, el femenino y el masculino, ligados a la existencia de dos sexos biológicos, porque lleva a visualizar el género en función de la vida de los hombres y las mujeres por separado; y porque además se ignoran modelos de relación no heterosexuales.

Usos inapropiados del término de género

- Sustituir sexo por género.
- Sustituir mujeres por género.

- Sustituir feminismo por género.
- Sustituir jerarquía (o desigualdad) por complementariedad.
- Hablar de dos géneros (masculino y femenino). (Ortiz, 2002).

Las **relaciones de género** son aquellas relaciones sociales determinadas por el sexo de las personas, que crean diferencias en la posición relativa que mujeres y varones tienen en la sociedad. Suelen ser asimétricas y situar a las mujeres en una posición de desigualdad. (Ortiz, 2002). Ello supone que, desde una perspectiva relacional, el enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres» e incluye ineludiblemente a los hombres. (Esteban, 2006).

#### **4.4. Identidad de género de la mujer**

En la historia del pensamiento social, identidad y género son conceptos que, a pesar de haber prevalecido durante periodos prolongados, no han provocado grandes manifestaciones, por lo que, en realidad, su presencia y fortaleza conceptual han pasado inadvertidas. Durante los cinco lustros más recientes, hemos sido espectadores de un considerable número de movimientos que, al provenir de distintas esferas sociales y por tener diferentes directrices políticas, han propiciado la necesidad de una profunda reconsideración acerca de sus contenidos y usos en el discurso científico, institucional y cotidiano. En el orden de lo teórico, esto ha significado una reconceptualización radical:

Género e identidad, identidad y género, identidad de género. Como actores sociales y sujetos cognoscentes, hemos presenciado no el nacimiento de esos dos conceptos, sino su re significación total. (Abric, 2001).

***A. Las desigualdades sociales entre el hombre y la mujer no están biológicamente determinadas, sino socialmente construidas.***

El reconocimiento de que existen profundas diferencias entre los procesos de carácter biológico, social y el tipo de relaciones que se suscitan entre estas dos grandes esferas de la historia de la humanidad marca el inicio de la desmitificación de una lógica natural

de la desigualdad social basada en el sexo, la edad y otras características similares, como raza, color de piel, estatura, peso y fenotipo.

Los individuos no nacen biológicamente predeterminados a vivir un tipo de vinculación con los sistemas sociales, la estructura de privilegios, la distribución del poder y las posibilidades de desarrollo social, afectivo, intelectual y psíquico, lo que sucede más bien es que sus características biológicas son utilizadas como recurso ideológico para construir y justificar la desigualdad. Por lo tanto, no es en su constitución fisiológica donde encontramos las grandes respuestas a las interrogantes que pretenden explicar por qué algunos sujetos son “naturalmente más aptos” que otros; es en el orden de lo social, de lo cultural, de lo ideológico y de lo simbólico, donde se hallan los “argumentos” de esta inequidad. (Cervantes, 1994).

En palabras de Marcela Lagarde, el problema puede describirse de la siguiente manera: Hombre y mujer han sido siempre sexualmente diferentes. En un proceso complejo y largo, se separaron hasta llegar a desconocerse. Así se conformaron los géneros por la atribución de cualidades sociales y culturales diferentes para cada sexo, y por la especialización y el confinamiento exclusivo del género femenino en la sexualidad concebida como naturaleza, frente al despliegue social atribuido al género masculino. (Cervantes, 1994).

Con la desnaturalización del argumento que justifica la desigualdad social basada en la pertenencia a un sexo, se genera el concepto teórico (y a la vez metodológico) que marca un hito por su enorme fortaleza crítica y analítica: el concepto de género.

Si bien la idea de género como criterio de agrupación o de diferenciación no es nueva, la manera en la que el concepto comienza a ser incorporado y utilizado en psicología (clínica y social), antropología y, posteriormente, en sociología, ha logrado propiciar un proceso dual de re significación y desarrollo. Por un lado, se construyen cualidades descriptivas y analíticas basadas en la capacidad de la idea de género para señalar la diferencia entre sexos. No es sólo que por medio de este concepto se separe y clasifique a los sujetos de acuerdo con sus características fenotípico-sexuales, que se reconocen visual y “naturalmente”, lo que resulta novedoso es que esta idea permite reinterpretar la relación entre lo genético y lo adquirido, lo innato y lo aprendido, lo biológico y lo social, porque problematiza fundamentalmente la idea de las estructuras

“naturales” inherentes a los individuos y cuestiona la supremacía de la naturaleza sobre la cultura en la definición de lo que es masculino y lo que es femenino, lo que es propio del hombre y lo que es propio de la mujer. Que la diferencia biológica, cualquiera que ésta sea (anatómica, bioquímica, etcétera), se interprete culturalmente como una diferencia sustancial que marcará el destino de las personas, con una moral diferenciada para unas y para otras, es el problema político que subyace en toda la discusión académica sobre las diferencias entre el hombre y la mujer. Así, el concepto de género se coloca exactamente en el centro de la partición mundo natural/mundo social, relativizando el obstinado, obsoleto y viejo conflicto que sobre el origen de las determinaciones últimas del sexo han sostenido las ciencias naturales y las ciencias sociales a través de la historia. Consecuentemente, este concepto sufre un proceso de maduración: pasa de ser una variable que reconoce y separa el comportamiento sexual en su expresión social, a ser un concepto que permite establecer relaciones entre los elementos que interactúan para generar la diferencia. El concepto de género adquiere su forma más completa en la misma etapa en la que se convierte en perspectiva analítica, en modelo de interpretación; en una forma de pensamiento capaz de reconocer lo sexual como un sistema de diferenciación social, como un sistema de distinción, como una estructura de prestigio que coexiste y se articula con otras estructuras de organización diferencial de los sujetos sociales. Desde la perspectiva teórica más desarrollada, el sistema genérico de cualquier sociedad es una construcción social: su mundo es el de las estructuras, los sistemas y las instituciones en interacción con lo mágico, lo religioso y lo simbólico; su componente biológico es un reducto, un anclaje (por así decirlo), de su dinámica social.

Como la clase, el género constituye una de las dimensiones básicas de toda organización social. Este concepto se refiere a relaciones variables social e históricamente construidas, a significados culturales y a identidades a través de las cuales las diferencias sexuales a nivel biológico adquieren una dimensión social; no es visto como un producto estructuralmente determinado, sino como resultado de las acciones humanas en condiciones específicas. Por lo tanto, más que a una característica individual, el género se refiere a las relaciones sociales que moldean la identidad de hombres y mujeres. (Cervantes, 1994).

***B. Las mujeres comparten una misma condición opresiva por el hecho de vivir en una sociedad estructurada patriarcalmente, dentro de una cultura que legitima este patriarcado de manera permanente.***

Sin embargo, la opresión que vive cada mujer manifiesta variaciones y diferencias importantes, de acuerdo con la clase social a la que pertenece y al lugar que ocupa dentro de la estructura desigual de oportunidades.

En una sociedad donde las desigualdades de clase se convierten en la base de su organización central, la forma en que los sujetos se incorporan a la producción y distribución de la riqueza determina la estructura de opciones dentro de la cual construyen sus proyectos de vida y ejercen sus voluntades personales. Por el contrario, en el ejercicio de sus voluntades y en la construcción de sus proyectos de vida los sujetos crean y recrean las estructuras de opción y sus determinaciones, así como su propia inserción en la producción y distribución de la riqueza social.

Debemos reconocer que este juego de géneros se puede descifrar analizando la relación entre acción y estructura; su dinámica y la dirección de las determinaciones se encuentra reflejada, por ejemplo, en los trabajos en donde Anthony Giddens señala el concepto de dualidad como una característica, como una cualidad propia de la estructura social: La estructura es, a la vez, medio y producto de la conducta que constante y repetidamente organiza. Las propiedades estructurales de los sistemas sociales no existen fuera de su campo de acción, sino que están crónicamente implicadas en su producción y reproducción.

Es necesario entender que el vínculo establecido entre individuo y sociedad resulta afectado no sólo por el enfrentamiento de las acciones de los individuos (ya sea como individuos o como grupos), con la estructura social, o con las exigencias que ésta ejerce sobre ellos, sino por la necesidad de entender los distintos sistemas de diferenciación social, como clase, género, etnicidad, raza y generación. Por esta razón, se puede afirmar que tanto la acción como las exigencias pasan por o, mejor aún, son

ejercidos a través del tamiz de la articulación de los sistemas antes mencionados.

La reflexión sobre el género como sistema de diferenciación productor de desigualdades sociales ha llegado a un punto en donde el debate acerca de la naturaleza y el desarrollo de la estructura de clases en las sociedades de nuestra era está vigente, tanto teórica como metodológicamente.

Esta preocupación analítica es compartida por dos escuelas de pensamiento: la corriente Marxista y la sociología Weberiana. Entre dichos esfuerzos de investigación, aquellos que se han interesado por estudiar la clase como entidad económica, social, política e histórica (posición objetiva de clase), así como su capacidad potencial o real de propiciar quiebres, disrupciones y transformaciones en la sociedad (conciencia de clase o posición subjetiva de clase), han generado un amplio espectro de movimientos en el orden de lo académico: desde importantes reconsideraciones teóricas hasta propuestas específicas de operación para el análisis desde el punto de vista empírico.

Sin embargo, independientemente de cómo se resuelvan las divergencias sobre el tema, o de qué tipo de resultados producirá el debate, para la bibliografía en la que se estudia el concepto de género el problema central es la ausencia del análisis de las formas de diferenciación genérica. Aunque el argumento inicial es relativamente sencillo, no puede analizarse la diferenciación vía la clase social, ignorando la presencia de otros sistemas que coexisten con ese; el señalamiento y la crítica han provocado, como consecuencia, profundas reconsideraciones sociológicas sobre los posibles vínculos que prevalecen entre los distintos sistemas de diferenciación social. Una vez reconociendo que, además de la clase social, existen otros sistemas que distinguen, separan y producen formas de extrañamiento y desigualdad de oportunidades en el curso de la vida de los individuos, las preguntas a las que nos enfrentamos son difíciles de contestar: ¿la clase y el género son sistemas que coexisten en un tiempo histórico determinado, pero que fundamentalmente son paralelos? Si realmente no son sistemas paralelos, ¿qué tipo de relación tienen? ¿Es general y por tanto, podemos encontrarlos vinculados en todos los espacios y dimensiones de la sociedad?, ¿o es más bien específica y, por ende, sólo se

relacionan en ciertas condiciones histórico-espaciales? Más aún, ¿estamos realmente frente a un encuentro entre dos sistemas, o es que su vínculo es más bien una articulación completa? Finalmente, si la respuesta a la pregunta anterior fuese afirmativa, ¿qué tipo de articulación tienen?, ¿cómo es que se ha modificado a lo largo del tiempo? y ¿cómo esperamos que se comporten frente al fenómeno de las actuales reestructuraciones políticas y sociales? (Cervantes, 1994).

Los siguientes análisis pueden ofrecer respuestas a las preguntas anteriores:

- La discusión y la perspectiva que analizan el género y la clase a través de la teoría de las “esferas duales” (capitalismo y patriarcalismo) deben ser superadas, porque asumen, fundamentalmente, que la existencia de aquéllos es paralela, con lo cual se niega la posibilidad de encontrar y estudiar las formas específicas y generales de vinculación.
- Los sistemas de clases y de diferenciación genérica están no sólo relacionados, sino articulados complejamente, a tal grado que se propone (además de la idea de “generización”), establecer la estructura de género/clase como una manera de iniciar la reconceptualización de la propia teoría de las clases sociales.
- Se debe establecer una crítica fundamental al término “patriarcalismo”, con el fin de poder superarlo y, de ser posible, abandonarlo como concepto para designar las organizaciones sociales que oprimen a la mujer y favorecen al hombre. El argumento principal es que las teorías que pretenden mostrar el patriarcalismo como sistema que compite con el capitalismo (y que incluso se erige como modo de producción relativamente autónomo), han fracasado y que, en cambio, aquellas que se han dedicado al análisis de la relación entre géneros y del género como sistema de diferenciación han tenido mayor éxito conceptual y empírico. En todo caso, la propuesta es hablar de régimen genérico.

Es importante reconocer, que, como consecuencia de la estructura desigual de la sociedad, cada mujer experimenta la opresión genérica de manera distinta, de acuerdo con el estrato social y económico al que pertenece. Esta es la misma lógica opresiva, aunque su interpretación se ajusta a la forma (material, discursiva y simbólica), en la que cada grupo participa en la reproducción de los grandes paradigmas culturales de la

sociedad. (Cervantes, 1994).

***C. Las mujeres construyen su identidad genérica basándose en factores vivenciales comunes y en experiencias simbólicas compartidas.***

El análisis de la naturaleza y la relación entre estos elementos fundamentales nos permite reconocer que existen patrones en el proceso de estructuración de la identidad de género que no dependen de la adscripción de clase, aunque se encuentran inevitablemente afectados por ella.

Se establece un diálogo crítico con la literatura feminista, que se ha centrado en el estudio comparativo de los géneros. Se acepta de manera abierta y clara que la literatura feminista ha contribuido fundamentalmente en la tarea de desentrañar el carácter de las diferenciaciones en las que está basada la relación específica intergenérica de poder, al evidenciar las grandes diferencias que existen dentro del género femenino. Esta orientación, prevista o imprevista, ha tenido algunas consecuencias “perversas” que vale la pena mencionar. La primera de ellas se relaciona con su lógica de análisis. El hecho de concentrar la atención en las diferencias femenino-masculinas provoca un reconocimiento implícito (y, en algunas ocasiones, incluso explícito), de la necesidad de establecer una “especie de guerra argumentativa” para comprobar que un sexo es mejor (más hábil, con mejores atributos para sobrevivir y para desarrollarse), que el otro. Esta lógica, que pretende demostrar la superioridad de alguno de los dos géneros, no se opone, en realidad, a la que se ha utilizado para corroborar las raíces naturales del sistema de diferenciación construido con base en la divergencia sexual. El centro de la discusión es que, desde esa perspectiva, el procedimiento se subordina a los conceptos y a las categorías del análisis biologizado de las disimilitudes entre el hombre y la mujer, en vez de alejarse; de esta forma, termina reduciendo su espectro analítico y convirtiéndose en un complemento de la concepción hegemónica, porque niega la dimensión social que interviene en la construcción del género.

La segunda consecuencia se vincula con el problema que ocasiona la tendencia a

universalizar la condición genérica. Es histórica y políticamente comprensible que el descubrimiento de que la mujer es un sujeto oprimido dentro de todos y cada uno de los sistemas de diferenciación social tuviera que pasar por la necesidad de reconocer, primero, enfatizar y consolidar conceptualmente, después, el conjunto de similitudes entre todas las mujeres, antes que tratar de estudiar las divergencias. Sin embargo, pocos investigadores consideraron la perspectiva generalizadora como un primer paso para explicar la condición social de la mujer y la relación que existe entre géneros. Gran parte de los estudios sobre el tema se detuvo en este nivel de abstracción, obstaculizando la transición hacia el análisis de la diversidad.

Aquí el problema consiste en que, una vez obtenida la fortaleza ideológica derivada del estudio y el reconocimiento de lo general, es decir, de todo lo que comparten las mujeres, resulta necesario investigar lo que las mujeres no comparten, porque es precisamente ahí donde tendremos la posibilidad de encontrar los engranajes más finos de la reproducción social, cultural y simbólica de la relación de poder entre el hombre y la mujer. El debate generado por la incorporación de la categoría de clase social, estructura desigual de oportunidades o sistema de diferenciación, puede interpretarse como la primera ruptura con la generalización como método, y el primer paso para estudiar la diferencia intragenérica. La discusión que existe en la actualidad acerca de la construcción de la identidad de género y sus implicaciones sociales representa la segunda ruptura y el segundo esfuerzo en esa dirección.

Desde el punto de vista de una historia social de las ideas, podemos observar que hacia mediados de la década de los ochenta y durante los primeros años de los noventa apareció una serie de estudios que, a pesar de ser guiados por diferentes motivaciones teóricas y metodológicas, contribuyeron de manera decisiva a la construcción de una sociología de la identidad de género. Dentro del mismo período existen además otros estudios en los que se ha manifestado la preocupación por la temática de la identidad genérica, aunque desde una perspectiva distinta; su contribución ha sido menor en el aspecto de la dimensión social, puesto que han partido más desde el punto de vista del psicoanálisis.

A pesar de que estos trabajos se basan en diversas experiencias empíricas e

investigaciones de campo realizadas en distintos países; que cuentan con diversas trayectorias lógicas y diseños de investigación, y que parten de premisas teóricas y escuelas de pensamiento diferentes, e incluso arriban a distintas conclusiones, todos han encontrado elementos básicos y centrales (muchos que comparten, otros que son más bien de orden complementario), que apuntan al conocimiento de cómo es que las mujeres construyen su identidad de género.

Explícitamente articulados o implícitamente incorporados, estos estudios plantean (desde su diseño hasta sus resultados), una búsqueda cognoscitiva: la explicación de la intersección entre las dimensiones de pertenencia (compartir una condición de género) y de desigualdad social (estructura de clases y de opciones). La segunda es utilizada como categoría por razones metodológicas, ya que funciona como herramienta para establecer comparaciones entre distintos grupos sociales, y también porque se hipotetiza que la manera en cómo cada mujer vive su condición y resuelve sus problemas de identidad presenta importantes diferencias de acuerdo con el lugar que ocupa en el sistema de diferenciación por clase social.

La gran convergencia, sin embargo, se desarrolla una vez que se ha detectado y estudiado la intersección entre pertenencia y desigualdad. Por supuesto, este es un proceso que comienza deliberando sobre la diferencia intragenérica y conduce al análisis de la estructura de clases; aunque, en realidad, donde se produce la serie de descubrimientos analíticos relacionados con la identidad de género es en la diferencia que se produce en la intersección de las dos dimensiones. Lo paradójico es que al estudiar dicha diferencia los descubrimientos nos hablan más de lo que las mujeres comparten, que de lo que no comparten, aunque ahora entendido desde el extrañamiento que produce ejercer la voluntad dentro de un marco de opciones profundamente apartado por la estructura de clases. Al localizar y analizar la diferencia existente en la intersección de género y clase, se descubre nuevamente un mundo de similitudes que nos acercarán conceptualmente a la dimensión de la pertenencia genérica, aunque ahora desde el punto de vista de la edificación de la identidad. Respecto de este último concepto, parece válido argumentar que su re significación ha estado fuertemente ligada a la evaluación crítica de la razón moderna y de la modernidad en la filosofía y las ciencias sociales.

Vale la pena destacar que el significado del concepto de identidad ha sufrido una transformación y que, además, se ha establecido una serie de vínculos definitivos entre éste y la dimensión de lo social, los mecanismos de formación de la conciencia y las representaciones colectivas. Identidad dejó de entenderse como un proceso que solamente ocurría y formaba parte del mundo de la personalidad y el carácter, lo cual permitió abandonar las descripciones dicotómicas entre la “persona individual” y la “persona social”. En términos de la formación de identidad, se reconoció que había un sinnúmero de mecanismos de introyección y recreación de conjuntos simbólicos que eran compartidos en la “exterioridad social”. Identidad, entonces, se convirtió en un problema que tenía que pasar por la explicación del “ser parte de”, o, en otras palabras, por el estudio del fenómeno de la pertenencia social.

Los primeros en hablar de identidad de género fueron el psiquiatra Robert Stoller en 1968 y su grupo de investigadores; sin embargo, desde el prefacio de su ya clásico texto, Stoller nos advierte que, aunque su proyecto es académico y el tipo de estudios que realizó fue clasificado bajo ese rubro, el concepto de identidad de género fue utilizado simplemente como herramienta para facilitar el desarrollo de la investigación. Las dificultades teóricas que Stoller percibió en las definiciones de género e identidad fueron suficientes para crear, dentro de su empresa intelectual, una actitud cautelosa frente a los retos que el concepto de identidad de género pudiera significar. (Cervantes, 1994).

Efectivamente, a pesar de que Stoller fue el primero en introducir este término a los estudios sobre el tema, la importancia de su trabajo radica más en la contribución que hizo a la conceptualización de género como construcción social, que al esclarecimiento teórico de la identidad de género como tal.

Si bien es cierto que aún está por consolidarse el análisis de las dimensiones sociales en los procesos de formación de identidad, los estudios sobre el concepto de género muestran ya una madurez incuestionable, producto del doble efecto del desarrollo de la perspectiva (que originalmente partía del cuestionamiento feminista) y la legitimidad

que se ha ganado en el transcurso de su desarrollo.

A continuación se mencionan algunas consideraciones como perspectiva analítica para la articulación de dichos hallazgos. Los ejes que definen la identidad de género de las mujeres son tres:

- La maternidad y el ser madre.
- El matrimonio o la unión, y el ser esposa o compañera.
- El trabajo o la profesión, y el ser trabajadora o profesional.

La identidad de género de las mujeres, en un tiempo y un espacio históricamente determinados, es producto de articulaciones específicas que pertenecen a estos tres ejes; es la manera en cómo se percibe, se valora, se introduce y se vive simbólica y factualmente cada una de las esferas mencionadas lo que produce la resolución de la identidad en cada mujer. (Cervantes, 1994).

La identidad de género se construye con base en un proceso de orden simbólico. Lo que define la existencia de la maternidad como símbolo con repercusión a nivel inter e intra clase en una sociedad determinada no es la práctica o la expectativa de ser madre (que se asume y se introyecta en forma de destino manifiesto, o como parte de un futuro anhelado), sino la presencia imaginaria de la maternidad, la posibilidad de convertirse en madre. Esto es lo que proporciona al símbolo su fuerza estructuradora, permitiéndole ser apropiado como uno de los ejes organizadores del género.

Los símbolos tienen la virtud de convertir la experiencia individual en experiencia social, y viceversa, generando con ello las condiciones mínimas de pertenencia a determinado grupo social, pasos al efecto de compartir lo que otras (otros) sienten, desean, viven y planean. Identificarse con una imagen es contribuir a su definición, su validación y su reafirmación: aquello que se reconoce y valida “externamente”, y en lo cual nos vemos, nos palpamos y nos reconocemos, es o se convierte en parte de nosotros. De igual forma, definirse por contraposición a una imagen socialmente determinada (por diferencia o negación), significa también participar en su legitimación. Así, por ejemplo, al desaparecer la imagen social desaparece también todo aquello que se define por oposición a ella. Las mujeres son madres de niñas y de ancianas, en la

adolescencia y en la adultez; las mujeres son madres de sus madres e hijas de sus hijas; son madres aun sin tener hijos.

Los ejes conceptuales que aquí se proponen no sólo entran en acción como elementos estructuradores de la identidad de género en el momento de su aparición; están siempre presentes porque son formas sociales que guían y delinean la conducta, perfilan y evalúan las formas de actuar, participando de esa manera en la definición de lo que es “propio” genéricamente. Estos ejes funcionan como símbolos que diseñan, organizan, nombran y califican con todo detalle lo que significa ser mujer. Aunque estos ejes simbólicos no dependen de un evento determinado, la articulación entre ellos (e incluso la propia relación de la mujer con cada una de las dimensiones genéricas), se modifica con cada suceso. Desde el punto de vista histórico-temporal, la propuesta implica que los ejes sobre los cuales se construye la identidad permanecen desde el nacimiento hasta la muerte. Su desarrollo específico se adecua al curso de vida de cada mujer y al ejercicio de su voluntad individual; la articulación entre ellos se modifica y se recompone; se reacomoda produciendo cambios constantes en su manifestación grupal, comunitaria y social.

Desde esta perspectiva, en la vida no existe una etapa específica en donde se resuelva la identidad genérica; no es que la posibilidad de completar la construcción de la identidad sea factible solamente a partir del momento en que ya se vivieron cada una de estas dimensiones (cuando se es madre, compañera o trabajadora). No hay una etapa en la cual las mujeres finalicen el proceso de consolidación de su identidad de género. Lo que es cíclico no es la resolución sino, en todo caso, las modificaciones que la identidad sufre en función de las experiencias que cada mujer vive, incorpora, valora o simboliza.

Desde la infancia hasta la senectud, todas las mujeres viven un proceso continuo de rearticulación de las dimensiones centrales de su identidad de género. A partir de la unicidad de personalidad y carácter, las mujeres comparten el hecho de construir su identidad de género basándose en estos tres ejes. Ahora, cuando se habla de articulación no hay que pensar necesariamente en la figura retórica de un engranaje que logra una coexistencia pacífica entre ejes; en la articulación particular de una

época, y a lo largo de las rearticulaciones continuas del curso de la vida, los ejes compiten entre sí, entran en conflicto por dominar la identidad e incluso intentan anularse el uno al otro. (Cervantes, 1994).

Hay momentos y mujeres capaces de articular sin negar, sin abandonar, sin disolver. Pero también existen mujeres y momentos en donde sólo es posible descifrar y rescatar la identidad vía la negación, el abandono y la disolución. A lo largo de la vida se sufren reacomodaciones constantes: se es o no se es muchas cosas: madre, esposa, trabajadora. Constantemente se viven disyuntivas que influyen en elecciones contrapuestas: se es madre y esposa, o se es trabajadora y profesional; se es esposa, o se es madre (madres solteras con la imposibilidad de encontrar una pareja); se es trabajadora doméstica no asalariada (mujeres sobre las cuales recae la responsabilidad de la reproducción doméstica) siendo esposa y madre, o se redefine el cómo ser esposa y madre. La correlación de fuerzas entre ejes, o el predominio de una de las dimensiones sobre las demás se recompone y se modifica: para asegurar el “éxito como profesional” se asume el costo de no tener hijos y pareja estable; para tener una familia integrada y estable se opta por una participación laboral cíclica e inestable; para retener a la pareja se sacrifican los planes laborales y hasta los maternales.

Se replantea la manera de decidir: si el ser madre y esposa implica vivir para y en función del compañero y los hijos, ¿es necesario abandonar el matrimonio y la maternidad cuando se decide vivir para sí misma? ¿Es esto quizá una opción entre la bondad y la maldad, entre la capacidad de sacrificio y la posibilidad de la autosuficiencia, entre la entrega y el egoísmo? Lo que me niega a mí ¿define a mi pareja y a mis hijos, y lo que me define a mí los niega a ellos?

Así, la identidad genérica no se resuelve de una vez y para siempre. Como ocurre con distintas formaciones en otros terrenos sociales, la estructuración de la identidad es un proceso permanente y continuo; no es lineal ni acumulativa, está más bien sujeta a transformaciones constantes, a incesantes cambios de curso. Además, es necesario enfatizar de manera reiterativa que las rupturas y redefiniciones son parte sustantiva

del proceso mismo, lo cual se debe a la incesante tensión que existe entre el ejercicio de la voluntad individual y las obligaciones económicas, sociales, políticas, culturales y simbólicas.

El orden de los ejes no es fortuito. Aún en los países donde las tasas de fecundidad están por debajo del nivel de reemplazo los estudios parecen sostener que la maternidad sigue siendo primordial para la estructuración de la identidad. Por otro lado, podría cuestionarse si en efecto el matrimonio ocupa el segundo sitio en importancia, sobre todo en países que cuentan con una participación femenina muy alta dentro del mercado laboral. A ese razonamiento se puede contraponer el argumento de que mientras la maternidad y el ser madre sigan constituyéndose como los elementos centrales para la mayoría de las mujeres, el matrimonio o la formación de pareja le seguirán siempre en orden de importancia. De hecho el análisis se centra en la experiencia mexicana, (aunque de muchas maneras también en la latinoamericana), prefiere utilizar el concepto de madrespasa, tal vez para destacar que lo que entra en juego son los dos elementos fusionados. (Lagarde,1990). Con frecuencia inusitada, las mujeres recurren al matrimonio como vehículo para ser madres, o como herramienta principal para la formación y cohesión de una familia; es decir, la pareja es concebida no como un fin en sí mismo, sino como un instrumento que ayuda a la mujer a colocarse dentro de un estatus donde privilegiadamente se les define “como tales”. (Cervantes, 1994).

***D. Las distintas formas en las que la mujer construye su identidad genérica están estrechamente vinculadas con la definición social de su ser y de su cuerpo como un ser-de-otros y como un cuerpo-para-otros.***

La reproducción global, las posibilidades reales de desarticulación del sistema genérico actual de diferenciación social, los microsistemas y las micro culturas de reproducción específica son preocupaciones implícitas que se reflejan de manera constante en los estudios dedicados a descubrir la forma en que se comportan algunos de los elementos que intervienen en la construcción de la identidad de género.

Por un lado, tenemos la posición de autoras que otorgan gran importancia a la socialización como herramienta para explicar la transmisión de la ideología y las conductas “patriarcales” vía la relación madre-hija. Otras investigadoras sostienen un debate que relativiza este análisis porque lo encuentra estrechamente determinista, debido a que asume que el mecanismo es universal y homogéneo. Lo que en este caso se somete a discusión no es el hecho de que la socialización sea o no un proceso importante durante la infancia; es decir, no se critica la teoría de la socialización en sí, sino las formas de interpretar y aplicar sus postulados fundamentales al análisis sociológico de la relación entre el hombre y la mujer. Este debate se centra, por tanto, en los procesos de enseñanza, comunicación, introyección y aprendizaje durante los primeros años de vida, y tiene como fin explicar la reproducción de los contenidos centrales del sistema de diferenciación que pasa por la condición de género. (Cervantes, 1994).

Por otra parte, encontramos el análisis de los grupos específicos que no se someten a la norma “patriarcal”, e incluso de aquellos que pueden considerarse como transformadores de los hábitos, costumbres y concepciones, tanto en el campo doméstico como en el laboral. Hay ciertos autores que afirman que las formas concretas de reproducción de las asignaciones genéricas de actividades y espacios vitales se resquebrajan en el grupo de mujeres que deciden combinar (o acaban combinando) la maternidad y el trabajo como carrera profesional.

Estas características pueden encontrarse en mujeres que consideran prioritaria la realización de sus propios planes, y no anteponen a ellos la dedicación total a los demás. En las investigaciones se ve que las mujeres que son capaces de complementar la labor de ser madre con el trabajo como carrera, y que a la vez presentan una mayor preocupación por su desarrollo personal, tanto en los sectores medios como en los populares, son las que podrían ser consideradas como disruptoras de la normatividad y la organización simbólica en lo doméstico, lo comunitario y lo social.

Otra área de interés es la conformada por los debates que orientan el problema hacia el análisis de la relación entre hombre y mujer como una relación de poder

multidimensional. Aquí lo interesante no es la perspectiva (que se remonta al inicio de los sesenta), sino la manera de abordar su estudio y el tipo de cuestionamientos que de él se derivan. Por una parte, se discute, se cuestiona y se recupera la riqueza analítica y crítica de la microfísica foucaultiana; un ejemplo de esto es entender que cada dimensión específica donde se suscitan las relaciones y se ejercen los poderes tiene su propio universo explicativo, y por ello requiere de esfuerzos también específicos para desentrañar y descifrar la naturaleza de su lógica, desde la actividad político-pública hasta los rincones afectivos de lo inconsciente; desde el mercado laboral hasta la sexualidad; desde las instituciones burocráticas hasta los consultorios psicoanalíticos. En cada espacio de representación social debemos descubrir lo que se produce y reproduce; lo que se teje, desteje y entreteje; lo que se deposita, arriesga y apuesta, así como el tipo de vinculaciones que se establecen con otros espacios. Por otra parte, la evidente necesidad de relativizar la concepción que visualiza (o visualizaba) la relación de poder como un ejercicio vertical, unilateral e incuestionable, aunada a las indagaciones sobre la naturaleza ambivalente, metamorfósica y multifacética de las formas de intercambio emocional y erótico entre géneros, hace que entendamos que la relación entre hombre y mujer en los campos laboral, profesional y afectivo se presenta y manifiesta como una relación de poder no sólo singular, sino compleja de entender. Aceptar que el análisis de la relación, desde este punto de vista teórico, tiene que reconocer la existencia factual y simbólica de profundos vínculos afectivos de dependencia, permite preguntarse, por ejemplo, en qué medida la construcción de la identidad de género de la mujer está ligada consustancialmente a la del hombre y hasta qué punto la identidad genérica del hombre depende de la identidad genérica de la mujer, en la misma forma en que su lugar social de poder depende de la definición del lugar social de la mujer como el de no poder. De manera complementaria, se cuestiona qué tipo de poder es el que la mujer ejerce desde su lugar social del no poder.

Todas las mujeres están cautivas de su cuerpo-para-otros, procreador o erótico, y de su ser-de otros, vivido como necesidad de establecer relaciones de dependencia vital y de sometimiento al poder y a los otros. Todas las mujeres, en el bien o en el mal, definidas por la norma, son políticamente inferiores a los hombres y entre ellas. Por su

ser-de y para-otros, se definen filosóficamente como entes incompletos, como territorios, dispuestas a ser ocupadas y dominadas por los otros en el mundo patriarcal. Ninguno de los debates concernientes a la construcción de la identidad genérica está resuelto. Todas las discusiones acerca de los ejes que la conforman (cómo se producen las articulaciones de los mismos; sus diferentes formas; los patrones que se reconocen y cómo éstos cambian a través del tiempo, y la capacidad relativa que tiene cada mujer para transformarlos y con ello transformar también su propia identidad), están abiertas. (Cervantes, 1994).

#### **4.5. El Patriarcado como modelo hegemónico de masculinidad**

A nivel latinoamericano, la construcción de identidades de género se establece a través de procesos de socialización desarrollados al interior de una sociedad de carácter patriarcal.

De este perfil societario subyace un ordenamiento asimétrico e internalizado de un rol y deber ser masculino dominante en desmedro de un rol y deber ser femenino sumiso, abarcando las formas relacionales entre hombres y mujeres desde el ámbito privado, que constituye la familia como base social básica hasta la sociedad en su conjunto, a través del resto de las instituciones sociales que involucran el ámbito público. El patriarcado, de esta manera, representa una forma de organización política, económica, religiosa y social en donde el género constituye el ordenamiento de la práctica social, cuya base se sustenta en la naturalización de la autoridad del varón y el establecimiento de la heterosexualidad como fundamento en todas las relaciones que se instauran entre los sexos. Su desarrollo es funcional a los atributos socialmente otorgados al género en razón de que el sexo no es determinante en lo social. Dichas características expresan y determinan el parámetro bajo el cual se sustenta inequitativamente el poder. La homosexualidad dentro de la cultura patriarcal involucra todo lo contrario a lo que debe ser un hombre, por lo tanto, dado lo antónimo al referente de género masculino que representa, es feminizado y sometido.

El modelo cultural emerge del patriarcado y, mediante él, se naturaliza la norma de lo prohibido y lo permitido que permite al hombre desarrollar su masculinidad, validarse a

sí mismo como tal y responder satisfactoriamente ante el constante cuestionamiento social en torno a su rol. Este dogma, bajo el cual se configura la vinculación de los hombres con las mujeres, se denomina hegemonía masculina. Desde este referente, el concepto de masculinidad se comprende como el desarrollo de las prácticas de género dentro de un contexto cultural, trama de la cual deriva la norma que prescribe el orden social. *“Lo hegemónico y lo subordinado emergen de una interacción mutua, pero desigual. La masculinidad que no corresponde al referente, es disminuida, subordinada, pero ambas se requieren en este sistema interdependiente”* (Jodelet, 1986: 97).

El modelo hegemónico masculino se caracteriza por ser un permanente constructo mediante el cual los actores sociales incorporan a través de procesos psicosocioculturales las prácticas de género que expresan lo masculino y femenino. *“Ser hombre tiene su origen en una característica biológica -tener pene-, las pautas internalizadas les dicen que nacen incompletos, que la plenitud se logra en la adultez luego de un conjunto de experiencias iniciáticas”* (Jodelet, 1986: 97).

Es así como el hombre, bajo este referente, debe construir su identidad y ejercer prácticas de género o masculinidad diferenciándose desde la infancia de todo lo que implique las prácticas de género otorgadas a lo femenino tales como la reproducción, el cuidado de la familia, los quehaceres domésticos y, en cuanto a atributos corporales está la fragilidad, en lo afectivo la emocionalidad y en el ámbito sexual son consideradas objeto de placer, características que bajo este referente son inferiorizadas y destinadas al ámbito privado del hogar. El hombre, en contraposición, nace con fisuras e incompleto, no basta solo tener órganos sexuales masculinos para ser hombre, este debe hacerse y, este hacer constantemente, se debe probar para que otros hombres y la sociedad en sí los considere como tales, otorgándoles el poder, la validez y el prestigio que emana de su condición de hombres. *“Los atributos de este referente de masculinidad tienen implícitos mandatos que los hombres deben cumplir para ser beneficiarios de dichos atributos. Tanto atributos como mandatos se refuerzan mutuamente y forman un solo todo”* (Jodelet, 1986: 98).

Los atributos conferidos al cuerpo, la emocionalidad y a la subjetividad que permitirán mediante la norma y posterior transición de las etapas del ciclo vital, la expresión de una masculinidad hegemónica en la adultez, la cual dependerá de lo exitoso de la experiencia, resultado de las pruebas o ritos de iniciación de los hombres. *“Será la exhibición de esos atributos y el ejercicio de los mandatos que los hará varones adultos”* (Jodelet, 1986:98).

La heterosexualidad activa es uno de los mandatos de la masculinidad dominante. Los varones deben iniciarse sexualmente con una mujer para reconocerse a sí mismos como varones adultos. Es uno de los ritos de iniciación que normalmente anteceden a otros como el de trabajar y por supuesto el de ser padre. (Jodelet, 1986).

Uno de los ritos más importantes es la iniciación de la vida sexual de los varones, acontecimiento que se inicia con la primera relación sexual con una mujer, con este acontecimiento aclaran las dudas respecto a su orientación sexual, siendo capaces de atraer a las mujeres, comenzando su transición paulatina al mundo adulto.

El trabajo remunerado es otro mandato que otorga el poder en tanto autonomía económica en relación a la dependencia con terceros, a su vez, posiciona el desarrollo del varón en el ámbito público invistiéndolo de prestigio. *“El mundo laboral pasa a ser, entonces, un espacio en el cual ellos deben tener un lugar. No cumplir esta meta significa no estar a la altura de ser hombre, puede ser indignidad, decepción, fracaso”* (Jodelet, 1986:98).

El tercer mandato, plantea al varón el matrimonio con una mujer y, a su vez, exige descendencia como el real ejercicio de la heterosexualidad y del poder. En la conformación de una familia no es suficiente el mero hecho de la procreación sino el ser padre y esposo/marido mediante el ejercicio de una parentalidad y relación conyugal autoritarias. Esta relación contractual infiere un nuevo sentido e importancia a la hegemonía, pasando del reconocimiento general, prestigio y poder en términos generales, al específico configurado en relación a la esposa/mujer e hijos. Ahora el varón jefe de hogar detenta la autoridad al proteger y generar los recursos materiales

que garantizan la existencia y seguridad de la familia. Debe salir a la calle a ocuparse del trabajo para proveer, ya que en este espacio se encuentra más allá de los límites del hogar. Jodelet, D. (1986).

Esta forma de constitución familiar escinde al mundo en dos partes, el mundo público de los varones y el privado confinado a la mujer que *“por su parte, le corresponde complementar al varón, ocuparse de la crianza de los hijos, ordenar el hogar y colaborar con el padre/marido”* (Jodelet, 1986:96). Lo que, a su vez, también divide el trabajo en tanto roles y funciones de quienes, por su sexo y en función del género, ocupan uno u otro espacio.

La división sexual del trabajo construye en el cuerpo del hombre los procesos productivos ignorando dolencias y enfermedades porque esto los enajenaría del trabajo y de la calle posicionándolos en el hogar o el hospital, ámbitos feminizados. Por tanto, esta masculinidad es de carácter inamovible dado que responde a la naturaleza del constructo corpóreo que determina la forma de ser hombre.

Esta forma de construcción identitaria hegemónica se instala objetivamente en la cultura, subjetivamente es internalizada por los actores sociales tanto en hombres como en mujeres, moldeando el sentido subjetivo de sus prácticas de género, orientando los tipos de vinculación entre varones y de estos con las mujeres. A partir de estas prácticas, el referente se convierte en norma ineludible o heteronorma, a partir de la cual los varones son evaluados y, a su vez, permite reproducir esta misma acción en relación a otros varones, lo que en un sentido favorable le permite ser reconocido y validado como hombre, tanto por las mujeres como por otros varones que bajo el cumplimiento de la heteronorma tienen la calidad de hombre. A su vez, estos se constituyen como referentes de la expresión hegemónica cotidiana. *“El hombre que pasa el límite, se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo de los varones, siendo marginado y tratado como inferior, como mujer”* (Jodelet, 1986:97).

Dado lo expuesto en los párrafos anteriores en relación a la iniciación de los hombres en el ejercicio de las prácticas de género o masculinidad, es importante mencionar que

el inicio de la vida sexual, el trabajo remunerado y la conformación de una familia y la procreación como el ejercicio de la heterosexualidad y el poder forman parte de la norma en que se inicia el hombre. Cabe destacar que, frente a los mandatos que subyacen de la norma de iniciación, una visión sobre estos aspectos sobresalientes, la restricción emocional y la obsesión por los logros y el éxito que se perfilan alrededor del miedo que constituyen los rasgos femeninos, lo que explicaría la constante lucha del varón por demostrar que no se parece a una mujer ni a un homosexual.

La restricción emocional bajo este modelo alude a no hacer referencia acerca de los aspectos afectivos más íntimos particularmente con otros hombres. La emocionalidad inherente a la naturaleza humana materializa tanto en hombres como en mujeres necesidades emocionales pues *“parece que su expresión estuviera prohibida o reducida a algunos estereotipos”* (Jodelet, 1986:98).

Esta rigidez emocional no permite en los hombres el desarrollo de un lenguaje emocional, remitiendo a su repertorio emociones básicas como son la rabia y la alegría, aspectos que más adelante ayudarán a comprender el fenómeno de la violencia de género en contra de la mujer.

Por otra parte, la obsesión por los logros y el éxito alude a que el hombre, para validarse como tal, debe ser un eterno ganador y por tanto mantener siempre latente el estado de alerta y competencia. El éxito de la competencia demanda un *“efectivo autocontrol represivo que regule la exteriorización de dolor, tristeza, placer, temor, etc.”* (Jodelet, 1986:97), emociones atribuidas al género femenino y por tanto signos de debilidad. Se comprende que los catalizadores en el proceso de mantención de los atributos exigidos por la hegemonía se realizan a través de mecanismos tales como:

**a)** El poder que, inequitativamente, se encuentra distribuido favoreciendo al hombre en desmedro de la mujer, tanto en la forma como en los espacios particulares de interacción dentro del escenario social.

- b)** La competencia y la necesidad de control sobre otros y su entorno permiten sentir seguridad en torno al efectivo ejercicio de la masculinidad hegemónica.
- c)** El trabajo y la profesión son indicadores de logro, constituyendo la base bajo la cual el hombre sustenta su autoestima, la cual, por lo tanto, se encuentra ligada a los éxitos laborales y económicos.
- d)** La intimidad con otros hombres debe ser evitada tanto como las relaciones interpersonales basadas en emociones, ya que estos son significantes de la feminización y la homosexualidad.
- e)** Las relaciones con la mujer. El éxito en estas relaciones se basa en la subordinación de la mujer a través del uso del poder y el control de la relación a través de la dominación.
- f)** El ejercicio de la heterosexualidad y el pensamiento racional y lógico como forma superior de racionalizar cualquier problemática.

La naturalización de este referente justifica en el sexo la característica biológica que permite una construcción y comprensión de los cuerpos en torno a la división sexual del trabajo, mandatos y referentes institucionalizados en el consciente colectivo a través del fundamento biológico, por ende, natural, de atributos y mandatos sociales que deben obedecer los cuerpos. Esta diferenciación facilita en el hombre un acceso a recursos cualitativos mayores en relación al acceso que tienen las mujeres a posiciones y al ejercicio del poder, este mayor acceso tiene directa relación con el ejercicio de habilidades sociales específicas que permite a los varones desenvolverse competitiva y exitosamente tanto en el espacio público, el trabajo, con otros varones y las mujeres. De dicho privilegio se desprende la obtención de un poder culturalmente heredado, lo que no quiere decir que este poder sea inherente al sexo masculino, ya que son las prácticas intersubjetivas de género las que son moldeadas por la cultura, la cual, a su vez, define roles y funciones en relación a las posiciones de poder en los actores dentro del contexto social. (Jodelet, 1986:97).

El poder conferido a los hombres en ejercido sobre las mujeres y sobre otros hombres que se encuentran dispuestos en posiciones jerárquicas menores. De esta manera, emerge desde la masculinidad hegemónica, una segunda masculinidad, la de los vulnerables, poco competentes, la masculinidad subordinada. (Jodelet, 1986:98).

#### **4.6. Diferencias y desigualdades de género en salud**

A la hora de investigar, conviene distinguir entre estos dos conceptos que, a menudo, se emplean como sinónimos pero que no lo son.

De forma operativa, si hablamos de **diferencia** nos referimos a las diferencias en materia de salud debidas a las características biológicas de los sexos.

Hablar sólo de diferencias biológicas conlleva el peligro de insinuar que «anatomía es destino». Se recomienda ampliar la mirada considerando también los determinantes sociales o discutir los resultados de investigación reconociendo la concreción del enfoque.

Gracias a las aportaciones historiográficas, podemos ir a las raíces teóricas del concepto. Sabemos que, sobre todo desde el siglo XIX, los saberes médicos se radicalizan en el estudio incisivo de la diferencia sexual; recibiendo un fuerte apoyo por la teoría de la herencia de Mendel (1822) y la teoría evolucionista de Darwin (1871). En estos modelos, el dimorfismo sexual no se queda en constatar las diferencias relativas de los cuerpos, sino que es la clave para justificar las diferencias sociales entre mujeres y hombres, porque se parte de una concepción negativa de la diferencia, donde la mujer es inferior o complemento del varón. Por ejemplo, si las mujeres no podían desempeñar algunas actividades era porque su constitución femenina se lo impedía. Y de empeñarse en ello podían caer en enfermedades «exclusivas» de su sexo —como la histeria— y ser dominadas por el útero al ser mentalmente débiles, hipersensibles, pasivas y, resumiendo, inestables. Hoy día, se mantiene una corriente

investigadora que sigue sosteniendo que las diferencias en salud entre hombres y mujeres tienen únicamente una explicación biológica.

Frente a esta posición, investigar desde una perspectiva de género implica reconocer las diferencias y las similitudes en el estado de salud de las mujeres y los hombres; partiendo de la base de qué tan erróneo es buscar la igualdad en la salud donde hay diferencias, como asumir diferencias donde no existen. (Esteban, 2006). Asimismo, sin excluir los factores biológicos, este análisis se interesa por las desigualdades en salud que son construidas social y cultural-mente, y que, por tanto, son cuestionables y modificables.

- Cuando hablamos de **desigualdad de género en salud** nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta. La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria. (Krieger, 2003)
- En relación al estudio de las desigualdades de género en salud, y de la mano de la Epidemiología Social, aparece el concepto de **expresión biológica de la desigualdad social** que «se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades en una amplia gama de aspectos de la salud» (Krieger, 2003:87).

Este término ha ido tomando forma en el pensamiento epidemiológico, desde la aparición de la disciplina en el siglo XIX, aunque no se haya llamado así expresamente. Como ejemplo valgan las investigaciones pioneras acerca de los gradientes socioeconómicos y el efecto de la pobreza sobre la mortalidad y la morbilidad de la época. Otros términos relacionados interesantes son: a) «perspectiva vital» (lifecourse perspective) que consiste en ver cómo el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no sólo las condiciones actuales, sino también la incorporación de circunstancias vitales anteriores. Busca trazar la

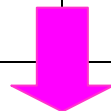
trayectoria biológica y social de las personas a lo largo del tiempo, modelada por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad»; y b) «incorporación» (embodiment) que es un concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político. (Krieger, 2003).

#### **4.7. El género como determinante de la salud.**

Siguiendo el epígrafe anterior, puede apreciarse que se perfilan dos tipologías de modelos para explicar las diferencias en el estado de salud entre mujeres y hombres: los modelos biológico-genéticos y los modelos socioculturales. Ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo de análisis un buen modelo sería aquel que tiene en cuenta el hecho de que existen efectos recíprocos entre el sexo y el género. (García-Calvente et al. 2008).

**Cuadro N° 2. Origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención**

| <b>Origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIFERENCIAS BIOLÓGICAS</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO</b>                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Requerimientos anatómicos y fisiológicos.</li> <li>➤ Susceptibilidades anatómicas, fisiológicas y genéticas.</li> <li>➤ Resistencia o inmunidades anatómicas, fisiológicas y genéticas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Roles y actividades</li> <li>➤ Acceso y control de los recursos.</li> <li>➤ Patrones y experiencias culturales</li> <li>➤ Identidad subjetiva.</li> </ul> |



#### **SITUACIONES, CONDICIONES O PROBLEMAS DE SALUD**

1. Exclusivo de uno de los sexos
2. Más prevalente en uno de los dos sexos
3. Con características diferentes en mujeres y hombres.
4. Que reciben respuestas diferentes del sistema según se trate de hombres o de mujeres.

#### **4.8. Modelos teóricos de género y salud.**

Existen múltiples enfoques teóricos dependiendo del objeto de estudio y de los factores a los que se dé relevancia. A continuación, y con carácter orientativo, se mencionan dos esquemas relevantes. El primero es el modelo conceptual propuesto por el Gender and Health Group de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (2000). Y el segundo es propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge, en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. (Sen et al. 2007:111).

El modelo de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool establece un conjunto de cuestiones a responder analizando las diferencias o semejanzas entre las mujeres y los hombres en: a) las pautas de salud-enfermedad-atención que supone conocer quién enferma, de qué se enferma, dónde se enferma y cuándo se enferma; b) los factores que afectan a quienes enferman; y c) los factores que afectan a la respuesta frente a la salud-enfermedad. Para abordar estas cuestiones es necesario poner estos factores en su contexto social, económico, cultural y político, analizando si existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la toma de decisiones, acceso y uso de los recursos, roles y actividades y normas de género en los siguientes niveles de la vida social: hogar, comunidad, sistema político, sistema económico, relaciones internacionales y sistemas de atención a la salud.

El segundo modelo a mencionar explica el papel del género como determinante de la salud subraya en el estudio de las causas, factores y consecuencias de las desigualdades entre los sexos. Sen, G; George, A; Östlin, P. (2007). Dentro de las causas, vincula el género con determinantes estructurales que afectan a la salud. Respecto a los factores intermedios, incorpora el género como elemento que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que conllevan la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo diferenciales. También, y más novedoso, considera cómo el ordenamiento social de lo femenino y lo masculino se refleja en los sistemas de salud introduciendo sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria. Ello genera consecuencias en los resultados de salud y consecuencias económicas y sociales. (García-Calvente et al. 2008).

## **5. REPRESENTACIONES SOCIALES Y SALUD.**

El sufrimiento es un estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de la integridad de la persona. El grado de sufrimiento es proporcional al grado de amenaza que percibe. No son los hechos, son los significados que les atribuyen las personas y sus familias lo que origina el sufrimiento. (Jodelet, 1986). Estos significados son los que originan distintas representaciones sociales frente a enfermedades como la DMII, dependiendo del lado en que nos encontremos.

### **5.1. Origen del término representaciones sociales.**

El concepto de representación social es presentado inicialmente por Serge Moscovici. En el libro *El psicoanálisis: su imagen y su público* (1979) presenta una primera aproximación a lo que hoy en día representa uno de los enfoques clave para el estudio de los fenómenos sociales.

Moscovici desarrolla conceptualmente el estudio de las representaciones sociales a partir de la noción de representaciones colectivas propuesta por Emilio Durkheim en el campo de la sociología.

Durkheim emplea este concepto para analizar un tipo de fenómenos que tienen su origen en el entramado de relaciones sociales que establecen los individuos en una sociedad. Señala que las representaciones colectivas son “realidades que sostienen con su sustrato íntimas relaciones y cuya autonomía no puede ser sino relativa” (Durkheim, 2000:42). El autor agrega que el sustrato de estas representaciones colectivas es “el conjunto de los individuos asociados”. Las representaciones colectivas se producen por el intercambio de acciones que realizan los individuos como colectividad, en el seno de la vida social y constituyen, por lo tanto, hechos sociales que sobrepasan y se imponen al individuo, pues las propiedades individuales, al sumarse en la colectividad, pierden su especificidad y se constituyen en fenómenos eminentemente sociales.

De este modo, desde la perspectiva durkheimiana las representaciones colectivas son sintetizadas y expresadas en forma colectiva y tienen vida propia como hechos sociales, mantienen independencia de los individuos y como tales le son impuestas mostrando su carácter determinista. (Durkheim, 2000).

Si bien Durkheim no llegó a desarrollar en un sistema teórico la noción de representaciones colectivas, sentó el fundamento para su sucesiva elaboración; desde el campo de la psicología social, Moscovici y sus seguidores logran desarrollar el terreno teórico, conceptual y metodológico en el estudio de las representaciones sociales. (Jodelet, 1986).

Al considerar las representaciones sociales como una forma de conocimiento compartido socialmente, Moscovici (1979) alude no solo al carácter eminentemente social de las representaciones, sino además a su naturaleza individual y psicológica.

Destaca el carácter psicológico de la representación social al conceptualizarla como “una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social” (Jodelet, 1986: 98).

La representación social constituye una forma de pensamiento social en virtud de que surge en un contexto de intercambios cotidianos de pensamientos y acciones sociales entre los agentes de un grupo social; por esta razón, también es un conocimiento de sentido común que, si bien surge y es compartido en un determinado grupo, presenta una dinámica individual, es decir, refleja la diversidad de los agentes y la pluralidad de sus construcciones simbólicas. "Las representaciones sociales constituyen un pensamiento social que se distingue de otras formas como la ciencia, el mito o la ideología, no obstante que puedan mantener con éstas algún tipo de relación" (Doise, 2005:383).

El hecho de que las representaciones sean generadas y compartidas socialmente no significa que sean genéricas, es decir, que existan representaciones sociales universales a todos los objetos de la realidad social; por el contrario, las representaciones surgen respecto a objetos específicos y varían según su naturaleza (Ibáñez, 1994).

Al mismo tiempo, las representaciones no constituyen objetos que se encuentran suspendidos en forma etérea en el espacio social, sino que están incorporadas (es decir, integradas al cuerpo simbólico) en el pensamiento de un agente por un proceso de construcción. Es posible establecer diferenciaciones entre representaciones sociales en torno a una diversidad de objetos o hechos sociales, en virtud de la individualidad del agente, esto es, su subjetividad, y en función de la especificidad de su contexto sociocultural. (Ibáñez, 1994).

Respecto del carácter compartido de las representaciones sociales, es necesario aclarar que éste no implica que las representaciones respecto a un objeto determinado sean idénticas para todos los agentes, sin importar su adscripción a un determinado grupo social; antes bien, la idea de conocimiento compartido se encuentra ahora calificada por lo menos de dos maneras. Primero, del consenso como acuerdo entre individuos que se manifiesta por la similitud entre respuestas, pasamos a los puntos de referencia y tomas de posición compartidos. Estas tomas de posición implican la multiplicidad, la diversidad, la oposición. Después del consenso se llega a la idea de la

pluralidad de dimensiones (o de tomas de posición) relativamente independientes unas de las otras.

De esta forma se atribuye a las representaciones sociales un carácter heterogéneo y no consensual, contrariamente a la concepción de Durkheim, quien hizo énfasis en el carácter homogéneo de las representaciones colectivas.

Dando un paso adelante en esta conceptualización, Moscovici desecha la definición de colectivas atribuida por Durkheim a las representaciones, y adopta en cambio el calificativo de sociales para caracterizarlas. El autor explica el fundamento de su propuesta cuando apuntó: en nuestros días, por consiguiente, la representación colectiva tal como solía ser definida no es más una categoría general sino una clase especial de representación entre muchas con diferentes características. Parece una aberración, de cualquier forma, considerar las representaciones como homogéneas y compartidas como tales por la sociedad entera. Lo que deseamos enfatizar al abandonar la palabra colectiva era esta pluralidad de representaciones y su diversidad dentro de un grupo. En efecto, lo que teníamos en mente fueron representaciones que estaban siempre en construcción, en el contexto de interrelaciones y acciones en continua producción.

Las palabras de Moscovici ponen de manifiesto que las representaciones sociales son un tipo especial entre otras y diferentes de las representaciones colectivas. Añade que poseen un carácter heterogéneo, plural y diverso entre los miembros de un grupo social y entre diferentes grupos sociales; aún más, aborda el asunto del contexto en el que son construidas estas representaciones, el cual está caracterizado por la existencia de intercambios sociales basados en la comunicación.

“Las representaciones sociales se expresan en tanto proceso y en tanto contenido. Como proceso, se refieren a las formas en que se adquieren y comunican conocimientos; en este proceso interviene el papel que desempeñan los distintos medios de comunicación para la creación, transmisión y reproducción de las formas simbólicas. Como contenido, las representaciones sociales se manifiestan a través de tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación” (Araya, 2002:136). La primera de ellas se refiere al aspecto afectivo de la representación, que

implica una valoración positiva o negativa acerca del objeto representado. La información se refiere a las formas de explicación que el agente posee acerca del objeto, la cual puede variar dependiendo de la calidad y el tipo de información poseída, así como del grado de precisión de la misma. Por último, el campo de representación es definido como la forma en que se organizan los diversos elementos que la estructuran, lo cual incluye la especificación de su núcleo figurativo o central y de sus elementos periféricos. (Abric, 2001).

El carácter heterogéneo de las representaciones sociales puede ser entendido si centramos la atención en la estructura que las conforma: un núcleo central y unos elementos periféricos. (Abric, 2001).

Según el autor Jean Claude Abric el núcleo central está determinado por la naturaleza del objeto representado, por el tipo de relaciones que el grupo mantiene con el objeto, así como por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el ambiente ideológico del momento y del grupo. Los diversos elementos que componen la representación social adquieren su significado y valor a través del núcleo central; al mismo tiempo, estos elementos se unifican y adquieren estabilidad, dotando a la representación social de una permanencia relativa y de resistencia al cambio. El núcleo central es el tipo de contenido de la representación que da a la misma su especificidad y su permanencia.

Alrededor del núcleo central se organizan los elementos periféricos de las representaciones sociales, los cuales se integran con base en el contexto de representación: en este tipo de elementos se integran las experiencias e historias individuales, proveyendo a la representación de un carácter flexible y heterogéneo. (Abric, 2001).

## **5.2. ¿Cómo se configuran las representaciones sociales?**

Las fuentes de determinación de las representaciones sociales se ubican en tres dimensiones:

- a)** Las condiciones económicas, sociales e históricas de un grupo social o sociedad determinada;
- b)** Los mecanismos propios de formación de las representaciones sociales (la objetivación y el anclaje);
- c)** Las diversas prácticas sociales de los agentes, relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. (Ibañez, 1994)

De estas fuentes de determinación de las representaciones sociales nos interesa destacar la última, que se refiere a los mecanismos sociales de comunicación e intercambio de información, dado que es a partir del contexto comunicativo donde se originan las representaciones sociales. Al respecto, Miles Hewstone y Serge Moscovici señalan que el avance de los medios de comunicación, inicialmente los libros y periódicos, y luego a través de las nuevas tecnologías de la información basadas en los intercambios multimedia, ha hecho posible la difusión de “imágenes, nociones y lenguajes que la ciencia inventa incesantemente y que acaban integrándose al bagaje intelectual de los hombres de la calle”. (Moscovici, 1979:110).

El fenómeno de generación y difusión del conocimiento científico, y su posterior conversión a formas de conocimiento de sentido común, es importante en virtud de que la construcción de las representaciones sociales depende de la cantidad y tipo de información que se encuentra disponible para los agentes, según el contexto sociocultural el que se ubican y la posición social que ocupan.

Por lo anterior resulta de suma importancia tomarse un poco más de tiempo y dedicación a una mujer con diagnóstico de DMII, porque cargan sobre sus hombros no sólo la enfermedad sino también generaciones de desigualdad social malamente justificados por razones de género. (Ibañez, 1994).

## **6. PROBLEMA DE INVESTIGACION.**

El tema se abordó mediante investigación cualitativa, con mujeres afectadas por diabetes Mellitus que a pesar de asistir regularmente a sus controles de patologías crónicas no logran adherir al tratamiento indicado. Teniendo la información y medicamentos adecuados no lo incorporan a su estilo de vida según la indicación. Debido a esto se buscó conocer si existen factores socioculturales de género, que determinen la adhesión al tratamiento en mujeres con Diabetes Mellitus de la comuna de Fresia.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. Objetivo general**

Discutir y analizar cuáles son los factores socioculturales asociados al género que determinan la no adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus II, en mujeres del sector rural de la comuna de Fresia.

### **7.2. Objetivos específicos**

- 1.** Caracterizar socioculturalmente a las mujeres con DMII de la comuna de Fresia, según su nivel educacional, económico y religioso.
- 2.** Identificar los factores sociales y culturales asociados al género que facilitan la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus II, en las mujeres del sector rural de la comuna de Fresia.
- 3.** Identificar los factores sociales y culturales asociados al género que obstaculizan la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus II, en las mujeres del sector rural de la comuna de Fresia.
- 4.** Analizar la visión que tienen las mujeres sobre su rol en la sociedad y cómo éste se relaciona con el cuidado de su enfermedad.



## ***CAPÍTULO II***

## MARCO METODOLÓGICO

### 1. TIPO DE ESTUDIO

A través de la realización de una investigación cualitativa, podemos aumentar nuestra comprensión de la realidad en la que trabajamos, al permitirnos abordar su complejidad desde diferentes perspectivas.

Por lo anterior la naturaleza del estudio es cualitativa, ***un enfoque teórico – metodológico etnográfico*** cuyo propósito principal es describir la cultura de un grupo de personas frente a un fenómeno. Esto es lo que caracteriza a un estudio cualitativo ya que recoge las conductas y discursos de un grupo de personas, busca reflejar realidades distintas unas de otras con el propósito de comprender la complejidad y los significados otorgados al fenómeno a partir de la experiencia humana. (Navarrete 2006).

Porque no sólo es importante medir el fenómeno para obtener resultados, sino que es fundamental saber el cómo ocurren los fenómenos, cómo se entrelazan con realidad social de las personas, con el objetivo de conocer y comprender el fenómeno con el fin de poder intervenir en el.

### 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La aproximación científica a la realidad ha dado lugar al desarrollo de múltiples enfoques teóricos y paradigmas de investigación, sobre los cuales científicos sociales han hecho numerosos intentos de clasificación.

Por paradigma se entiende el conjunto de creencias y actitudes, la visión del mundo que comparten un grupo de científicos y que les lleva a realizar su investigación con unas características peculiares. Cada uno de ellos refleja un cuerpo de conocimientos

y un posicionamiento teórico – filosófico en que se apoyan las investigaciones científicas.

**Paradigma racionalista cuantitativo:** se basa en teoría positivista del conocimiento impulsado desde las ciencias sociales por teóricos como Comte y Durkheim, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX.

**Paradigma naturalista cualitativo:** es una alternativa al paradigma racionalista, originado por la constatación de que en las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión sin tener en cuenta la propia experiencia del individuo. Estos nuevos planteamientos proceden, fundamentalmente, de la antropología, la etnografía y el interaccionismo simbólico, con autores de la escuela alemana como Dilthey, Husserl, Baden y otros como Mead, Schutz y Blumer.

**Paradigma sociocrítico o realidad emancipadora:** el supuesto básico en el que sustenta este modelo es: “así como la educación no es neutral, tampoco la investigación es neutral”. Los pioneros de esta orientación son los investigadores de la llamada Escuela de Frankfurt (Horkheimer, Marcuse, etc.) y otros teóricos críticos como Habermas y Appel, también han contribuido a su desarrollo. Los principales partidarios de este modelo han surgido del campo de las minorías, por ello las aportaciones principales se deben al desarrollo comunitario, a la etnografía crítica neomarxista, a la investigación feminista y la investigación-acción. (Navarrete, 2006).

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS CUALITATIVOS**

A lo largo del siglo XX predominó el paradigma racionalista cuantitativo. La investigación cualitativa surgió del diálogo y contraposición a un modelo de hacer ciencia. Si bien el término <investigación cualitativa> se ha extendido en fechas recientes, existe una producción importante de trabajos durante el anterior. En las ciencias sociales, este enfoque de investigación científica tomó impulso bajo la influencia de estudios antropológicos, que trataban de captar vestigios de civilizaciones

que iban desapareciendo. Posteriormente en la década de los sesenta y los setenta, la investigación cualitativa se desarrolla en el marco de estudios sociales, culturales y de personalidad que se centra en la investigación de grupos minoritarios y que parten de distintas disciplinas.

Como hemos visto inicialmente, la metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. La investigación cualitativa que se realice dependerá de la perspectiva teórica, el objeto de estudio, el método con que se estudia y se interpretan lo estudiado. La metodología cualitativa recoge datos descriptivos, las palabras y conductas observables de las personas sujetos de la investigación.

A pesar de provenir de disciplinas y enfoques teorícometodológicos tan diversos, se pueden identificar una serie de principios y características comunes que permiten calificar una investigación como de carácter cualitativo y que la diferencian de la investigación cuantitativa.

Los principios fundamentales que orientan la investigación cualitativa son los siguientes:

- Se reconoce la existencia de **múltiples realidades** y no una realidad única y objetiva. Por tanto, los conocimientos desarrollados serán también múltiples, recogiendo la variedad de perspectivas de los distintos actores sociales.
- El propósito de la investigación cualitativa es comprender la **complejidad y significados de la experiencia humana**, así como contribuir a la generación de teorías.
- El investigador ve el escenario de una perspectiva **holística**. Es decir, las personas, los escenarios o grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
- El proceso de investigación **es inductivo**, es decir, una estrategia de apertura a la obtención de resultados inesperados, que no utilizan categorías preestablecidas. Se desarrollan conceptos y se establecen las bases de teorías a partir de los datos, en vez de recoger datos para confirmar teorías o hipótesis.

- La investigación se desarrolla en un **contexto natural**, sin someterlos a distorsiones ni controles experimentales. Se trata de comprender a las personas dentro de su contexto.
- **El investigador se reconoce como parte de la investigación**, asume sus valores y experiencias y sistemas de conocimientos de la realidad. Reconoce que puede influir en el proceso y trata de disminuir estos efectos, tanto durante la recogida de datos como en el análisis.

A continuación se resumen las principales características de la investigación cualitativa:

- Utiliza un proceso de la recogida de datos intensivo, con frecuencia combinando varias técnicas de forma complementaria (observación, entrevistas, análisis de documentos).
- Respeta las reglas de comunicación.
- La muestra de información no es estadística, ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos de la población que viene determinada por los objetivos del estudio.
- El foco de la investigación se centra en la búsqueda de explicaciones, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos del estudio.
- El método de análisis es inductivo. Se generan categorías de análisis a partir de los conceptos que emergen de los datos. Los investigadores siguen un diseño de investigación flexible. Los estudios empiezan con interrogantes formulados de manera general. El análisis de los datos es holístico, puesto que busca contemplar la totalidad del contexto en que se sitúa el protagonista. Se efectúan constantes comparaciones en las cuales se observan casos similares entre sí. Se formulan interpretaciones que incluyen conceptos teóricos durante todo el proceso analítico.
- La interacción entre el investigador y el sujeto de la investigación es flexible e iterativa. Existen unos objetivos generales y una metodología establecida, aunque la forma específica en que se desarrolla evoluciona a medida que avanza la investigación. Los primeros resultados van a condicionar los resultados de la investigación.

- El proceso de investigación se hace explícito tanto en lo que atañe a la recogida, como al análisis de la información. (Navarrete, 2006).

#### **4. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD**

Como hemos visto, el desarrollo de la investigación cualitativa se basa en diferentes principios y posee características distintas a la metodología cuantitativa. Permite abordar la problemática de la salud y la enfermedad a partir de perspectivas distintas de las que se utilizan habitualmente, así como abordar cuestiones para las que los métodos cuantitativos no proporciona respuesta. Por lo anterior la naturaleza del estudio es cualitativa, un enfoque teórico –metodológico etnográfico cuyo propósito principal es describir la cultura de un grupo de personas frente a un fenómeno. Para nuestra investigación definiremos lo siguiente:

**Población:** Mujeres con Diabetes Mellitus II del sector rural que se atienden en las postas dependientes del departamento de Salud de la comuna de Fresia.

**Unidad de análisis:** el discurso de cada mujer con Diabetes Mellitus del sector rural de la comuna de Fresia que participe en el estudio.

**Muestra:** No probabilística, no aleatoria, porque está relacionada con las características de la población en estudio. Se utilizará un muestreo teórico o también denominado muestreo intencionado.

Con respecto al tamaño de la muestra, en este tipo de estudios no hay criterios ni reglas firmemente establecidas, determinándose en base a las necesidades de información. Se pretende por lo tanto, que uno de los principios que guíen el muestreo sea la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante. (Salamanca y Martín-Crespo, 2007)

**Criterios de inclusión/exclusión:** La población de usuarios del sector rural de la comuna de Fresia es alrededor de 6.700 personas, de las cuales alrededor de 120 adultos tiene de Diabetes Mellitus II. Para este estudio se trabajará con un muestreo

teórico; Por criterio, de acuerdo a las características más los criterios que señala el ministerio de salud que da prioridad a;

1. Dentro de un rango de edad productivo laboralmente de 20 a 64 años. Y otros criterios que están dados por la naturaleza del estudio.
2. Diagnosticadas como diabéticas como mínimo tres años, de tal forma que no se encuentren en la etapa de negación de la enfermedad.
3. Que no estén viviendo consecuencias secundarias de la enfermedad, como retinopatía diabética, amputaciones, nefropatías, neuropatía u otras. Ya que esto por su impacto en la vida diaria modificará su relación hacia la enfermedad.
4. Que no estén cursando cuadros depresivos severos ni enfermedades psiquiátricas sin control que pudieran alterar su visión frente a la enfermedad.
5. Que asistan a sus controles de diabetes. Mínimo tres veces al año independientemente que sigan o no el tratamiento indicado.
6. Que estén interesadas en participar de la investigación.

De esta forma se espera lograr un muestreo relativamente homogéneo.

De las 120 mujeres con diabetes mellitus sólo se invitará a participar quienes cumplan con los criterios antes señalados. La recogida de la información se hará a través de entrevistas en profundidad, de tal forma que se logre saturar la información.

## **5. RECURSOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

### **Recursos Humanos:**

- Usuarías de las postas rurales de la comuna Fresia dispuestas a contribuir con la investigación.
- Investigadora
- Otras profesionales colaboradoras.

### **Recursos Físicos y otros**

- Box de atención
- Consentimiento informado
- Grabador de audio
- Materiales de oficina

## **6. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El presente estudio, de tipo descriptivo transversal, tuvo el siguiente método de recolección de datos:

- Se invitó a todas las mujeres (según los criterios de muestreo) a una reunión informativa donde se dio a conocer la investigación su justificación y relevancia. Junto al consentimiento informado que llevaron a sus hogares para leer con más calma o compartir con alguna persona cercana.
- Este estudio consideró el aspecto como la confidencialidad de las mujeres en todo momento, las mujeres que participaron podían dejar la investigación cuando lo estimaran pertinente.

En esta etapa los datos fueron recogidos a través de:

Entrevistas en profundidad: Nos permitió comprender la representación que tienen las mujeres frente al tratamiento de la enfermedad desde su realidad de género.

Las entrevistas fueron realizadas y registradas en audio y notas de campo. El registro en audio de los datos fue transcrito reflexivamente a una base de datos, para verificar que efectivamente se alcanzó la saturación del dato.

Una vez que finalizó la investigación las mujeres fueron invitadas a una última reunión donde se informaron verbalmente acerca de la investigación y se entregó un resumen escrito.

## **7. PLAN DE ANÁLISIS**

### **1º Etapa Organización y reducción de los datos**

- Se elaboró la entrevista, elección de temas a abordar, información de cada una de las participantes.
- El registro de los datos se transcribió reflexivamente a una base de datos. Para verificar que efectivamente se alcanzó la saturación del dato.
- Se realizó a través de análisis de contenido narrativo. Se inició leyendo los datos ya transcritos hasta encontrar las unidades temáticas relevantes para las mujeres que viven la enfermedad, que nos permitan identificar los factores sociales y culturales que determinan la adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus II.

### **2º Etapa Análisis de los datos**

- Se encontraron las unidades temáticas relevantes del estudio, procedimos a descubrir las categorías y sus sub categorías en cada una de las dimensiones.
- Se procedió ahora a ordenar las sub categorías en unidades que tengan un sentido para las mujeres y el estudio.

### **3º Etapa Análisis conceptual.**

- Esta etapa es la más analítica, aquí se definieron y articularon las categorías desde la perspectiva de las mujeres.
- Se interpretó categorías y sub categorías destacando la importancia y el sentido que las mujeres le dan. Esto será expresado a través de mapas conceptuales.
- Se comparó incidencias, coincidencias y acontecimientos aplicables a cada categoría.

### **4º Etapa Síntesis y difusión**

- Se revisó analíticamente el tema a partir de las técnicas utilizadas, se realizaron los análisis para contrastar con otras teorías existentes.

- Construcción desde la salud pública hacia una mirada más socio- cultural a quienes tienen Diabetes Mellitus II.

Finalizado el análisis descriptivo de los datos, se solicitó un analista externo de la provincia y con experiencia en investigación cualitativa una segunda triangulación de los datos. Y se procedió a la verificación y chequeo con los sujetos.

- Reunión final con los sujetos que accedieron a colaborar con la investigación.
- Agradecimiento y entrega de resumen de la investigación.
- Presentación en congreso, jornadas de atención primaria y jornada de salud pública.

#### **Plan de trabajo o Cronograma**

| Tarea o actividad                                            | Mes        | Año  |
|--------------------------------------------------------------|------------|------|
| Ideación del problema a trabajar                             | Junio      | 2013 |
| Sociabilización del tema a trabajar                          | Julio      | 2013 |
| Solicitud de autorización al empleador – Municipio de Fresia | Septiembre | 2013 |
| Búsqueda y revisión de referencias bibliográficas.           | Octubre    | 2013 |
| Análisis y comprensión de teorías.                           | Noviembre  | 2013 |
| Definición del problema                                      | Marzo      | 2014 |
| Planteamiento de objetivos                                   | Marzo      | 2014 |
| Definición de metodología y actividades                      | Marzo      | 2014 |
| Recolección de datos                                         | Abril      | 2014 |
| Organización y reducción de los datos                        | Marzo      | 2015 |
| Análisis de los datos                                        | Abril      | 2015 |

|                                          |           |      |
|------------------------------------------|-----------|------|
| Análisis conceptual de los datos         | Mayo      | 2015 |
| Síntesis y conclusiones                  | Junio     | 2015 |
| Devolución de la información y difusión. | Diciembre | 2015 |



## **CAPÍTULO III**

### **1. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

Este ítem pone a disposición del lector/a, el proceso de categorización de los datos recogidos del discurso de las mujeres participantes y su posterior análisis. Las categorías surgen de los objetivos específicos planteados en el inicio, por lo que se definieron cinco Macro categorías, las cuales a su vez, se componen de veinte Sub-categorías.

En primera instancia, se muestra una tabla con el sistema categorial que presenta las distintas macro categorías y sub-categorías determinadas para el análisis.

Luego, estas mismas macro categorías y sub categorías, se presentan de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación, incluyendo un esquema que representa la jerarquización de las macro categorías y su sub-categoría.

| Objetivos específicos                                                                                                                    | Macro categorías                                 | Sub-categorías<br><br>Factores socioculturales de genero                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caracterizar socioculturalmente a las mujeres con diabetes Mellitus tipo 2, según nivel educacional, económico y religioso.              | Relaciones de género con:                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno familiar y factores socioeconómicos</li> <li>• División del trabajo por género</li> <li>• Acceso y control de recursos y beneficios</li> <li>• Condición y posición de género</li> <li>• Creencias religiosas</li> </ul>                |
| Describir los factores socioculturales de género que facilitan u obstaculizan la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. | <b>FACTORES SOCIOCULTURAES FACILITADORES</b>     | <b>Facilitadores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación de la familia</li> <li>• Percepción científica de la enfermedad</li> <li>• Experiencias cercanas a la enfermedad</li> <li>• Conciencia de género</li> <li>• Existencia de tratamientos integrales</li> </ul> |
|                                                                                                                                          | <b>FACTORES SOCIOCULTURALES OBSTACULIZADORES</b> | <b>Obstaculizadores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de apoyo familiar</li> <li>• Baja en la autoestima</li> <li>• Desigualdades económicas, sociales y culturales</li> </ul>                                                                                       |

|  |  |                                                                                                                                    |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de realizar el tratamiento farmacológico, físico y alimentación.</li> </ul> |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **a. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO**

Como características generales para la identificación del corpus de 9 Mujeres como objeto de estudio, habitantes del sector rural urbano de Fresia, X Región de Chile, de las cuales se desprenderá la información básica que definirá la siguiente exposición de datos.

Se tomará en consideración la siguiente información para el objeto de estudio:

- Edad.
- Estado civil
- Años de escolaridad
- Religión
- Hijos
- Actividad laboral
- Per cápita mensual
- Jefe de hogar
- Hemoglobina glicosilada HBA1C

#### **b. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO HUMANO EN INVESTIGACIÓN**

- Mujeres cuyas edades fluctúan entre los 44 a 66 años, estableciendo una edad promedio de 56 años, o sea, población adulta a adulta mayor;

- Cuyo estado civil es variable: 66,6 % de las encuestadas es casada, un 22,2 viuda y un 11.1% soltera;
- En cuanto a los años de escolaridad:

| Escolaridad                | Cantidad de mujeres |
|----------------------------|---------------------|
| Analfabetismo o cero años. | 1 mujer             |
| 1 a 4 años                 | 1 mujer             |
| 4 a 6 años                 | 3 mujeres           |
| 6 a 8 años                 | 3 mujeres           |
| 9 a 12 años                | 1 mujer             |

- Todas profesantes de la religión cristiana; 7 de ellas de religión católica y 2 de religión evangélica.
- El 22,2 % no tiene hijos, mientras que el 77,7 % de las mujeres tiene entre 2 a 4 hijos, en su mayoría es sexo masculino.
- Todas dueñas de casa, sólo 3 compatibilizan sus labores con otra actividad remunerada.
- Con ingresos per cápita mensual de \$ 69,300. Entrando a la categoría de vulnerabilidad social.
- De las entrevistadas el 89% de ellas declara que el rol de jefe de hogar recae sobre un hombre (esposo, hermano, hijo) sólo 1 entrevistada señala ser la jefa de hogar, ya que ella es viuda y vive con una hija.
- Todas las encuestadas se han practicado el examen HBAIC (hemoglobina glicosilada) examen que mide el estado de compensacion la DMII. Presentándose en el 100 % de ellas resultados superiores al máximo ideal (7%), es decir, con DMII de mal control metabólico. Con resultados desde 7,1 a 11.8, es decir, un promedio general de 8,38 HBAIC.

## **c. OBJETIVOS**

### **Objetivo específico N° 1**

Caracterizar socioculturalmente a las mujeres con diabetes Mellitus tipo 2, según nivel educacional, económico y religioso.

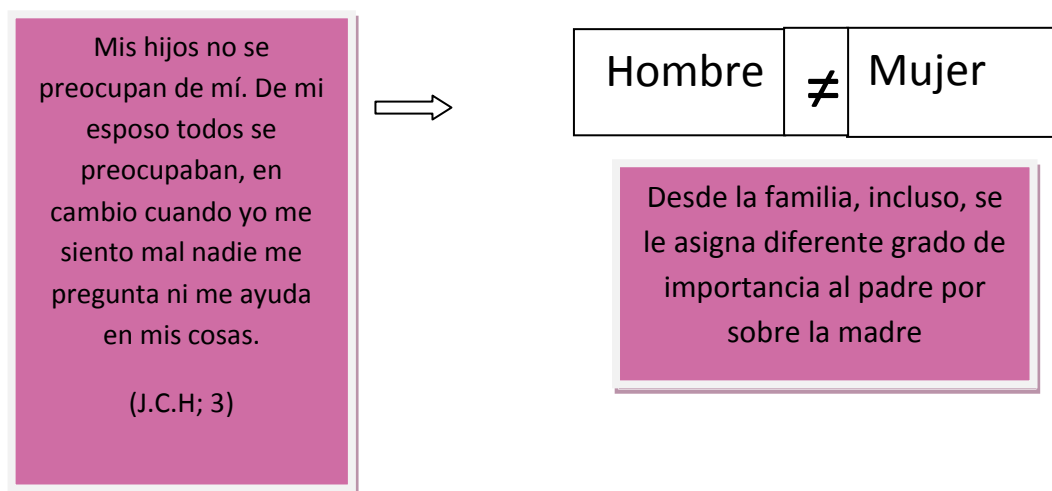
- Entorno socioeconómico
- División del trabajo por género
- Acceso y control de recursos y beneficios
- Condición y posición de género
- Creencias religiosas

### **Entorno familiar y factores socioeconómicos**

El corpus entrevistado corresponde a mujeres dueñas de casa del sector rural de la comuna de Fresia, en donde un 77,7 % son familias biparentales y sólo un 22,2 % uniparental, cuyos ingresos per cápita asciende a un monto estándar de \$ 70.000 mensuales. Ingresos que son aportados al hogar, en la mayoría de los casos, por el jefe de familia, rol que en el 88% de los casos asume el hombre o padre de familia. Considerando estos antecedentes podemos evidenciar que se trata de familias de alta vulnerabilidad social, y mujeres con un bajo nivel educacional que viven bajo el alero de sus parejas y bajo el rol de dueñas de casa. Estos factores sitúan a la mujer en un lugar de desventaja e inferioridad frente al hombre y la familia, asignándosele mayor importancia a quien lleva el aporte económico al hogar y menos al aporte de organización y trabajo no remunerado que la mujer realiza en la casa. Estas mujeres no tienen autonomía económica para decidir qué hacer frente a las circunstancias que le presenta la enfermedad, son dependientes económicamente de sus parejas, lo que

limita sus posibilidades para adquirir alimentos, medicinas, y otros elementos que les pudieran ayudar a mejorar su salud.

Si se considera que en cada sociedad se asigna un rol a cada uno de los sexos, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer u hombre, a la interrelación entre ambos y a las diferentes relaciones de poder/ subordinación en que estas interrelaciones se presentan. (Krieger, 2001). Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas al hombre, reproduciéndose esta estructura en la familia, ya sea por el rol de jefe de hogar, quien dirige la familia y quien posee el poder económico dentro de la familia. En el 88% de los hogares de mujeres encuestadas es el hombre quien mantiene a la familia y quien recibe remuneración por el trabajo que realiza. Así, podemos evidenciar las percepciones que la mujer tiene del entorno respecto al grado de importancia que se le asigna la familia al padre o madre.



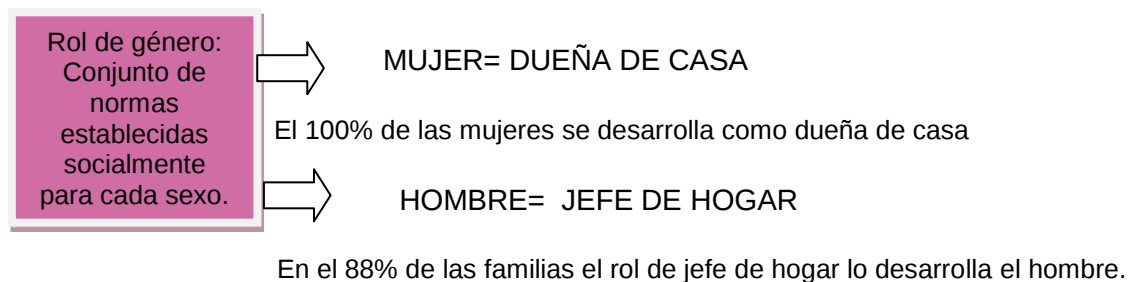
Los integrantes de la familia asignan mayor valor a las actividades masculinas, por cuanto están socializados en una lógica patriarcal que asigna un valor distinto a hombres y mujeres, en este sentido, la familia se constituye en un grupo que reproduce la norma social de género, sin cuestionarla, y con ello de una manera implícita limita a las integrantes femeninas de este grupo. "Las mujeres comparten una misma condición

opresiva por el hecho de vivir en una sociedad estructurada patriarcalmente, dentro de una cultura que legitima este patriarcado de manera permanente” (Cervantes, 1994).

En el caso de las mujeres diabéticas, si bien ellas no cuestionan el modelo familiar, si reconocen cierto grado de reproducción de un modelo de relaciones sociales que muchas veces es más inconsciente que consciente. “La opresión que vive cada mujer manifiesta variaciones y diferencias importantes, de acuerdo con la clase social a la que pertenece y al lugar que ocupa dentro de la estructura desigual de oportunidades” (Cervantes, 1994:107)

### **División del trabajo por género**

De la investigación se obtuvo, que de las nueve entrevistadas todas cumplían el rol de dueñas de casa. Sin embargo, el rol de jefe de hogar siempre recae en el hombre.



A lo largo del desarrollo de la sociedad los individuos fueron aprendiendo a establecer relaciones diferenciadas por sexo y a través del proceso de socialización el comportamiento o rol que cada uno debe asumir según fuera hombre o mujer, lo que se reconoce como relaciones de género. Esta diferenciación, abarca normas de comportamiento, actitudes, valores, tareas, etc., en donde lo femenino está supeditado a lo masculino, trascendiendo a todas las esferas de la vida y estableciendo una relación de poder donde lo masculino es el dominante mientras que lo femenino es lo subvalorado, asumiendo un papel y tareas que son devaluados socialmente.

### **Acceso y control de recursos y beneficios**

En la investigación realizada se lograron recoger datos tan relevantes como el promedio per cápita de la nueve entrevistadas, \$69.300 mensuales, lo cual además de insuficiente no son ellas quienes deciden sobre su uso. Puesto que sólo dos de las entrevistadas realizaban trabajo remunerado además de las tareas del hogar. Sólo una de las nueve entrevistadas es la jefa de hogar cuyo estado civil es viuda. Frente a la cual ella señala “Yo mando en la casa, el murió hace años....., como quince, era tomador, me lo pasaba puro rabiando. En cambio ahora estoy tranquila y yo creo que eso es importante” (M.A.A; 8).



El nivel de pobreza establecido en base al ingreso per cápita de las familias, tiende a restringir la circulación de recursos, a ello se suma que es el hombre quien posee el control económico. En ese marco, las mujeres tienen pocas posibilidades de disponer abiertamente de recursos económicos propios que les permitan enfrentar de mejor manera su enfermedad, la dependencia económica producto de la distribución genérica del trabajo destina a las mujeres a las tareas de la casa, por las cuales no se recibe una remuneración

Por otra parte, la salud no es un beneficio del cual las clases vulnerables puedan disfrutar plenamente, porque el mismo sistema no garantiza las condiciones que permitan una atención integral de los problemas de salud, lo que contribuye a posicionar a las mujeres económicamente dependientes en una mayor vulnerabilidad.

Las nueve mujeres que colaboraron con nuestra investigación sólo pueden acceder a la salud pública a través del Fonasa (Fondo Nacional de Salud) y por lo tanto, deben someterse a las propuestas que el sistema de salud ofrece. En esta enfermedad los recursos económicos juegan un papel predominante, ya sean los aportados por el Estado: ya que aunque la DMII es parte de las enfermedades prioritarias y de programa de gobierno GES, quien brinda gratuidad de atención y medicamentos; y los que tienen las familias para tener acceso real a hacer un cambio radical en los hábitos físicos y alimentarios de los usuarios, cambios que involucran la inversión de recursos propios, de los cuales en general no se dispone, que permitan incorporar otra clase de alimentos distintos a los que acostumbra a consumir diariamente la familia.

La dependencia económica propia de las mujeres dedicadas al ámbito doméstico, o privado, entonces implicaría restricciones en el acceso a recursos que le permitan financiar el cambio en los hábitos alimenticios, y que tampoco reconozca su tratamiento y su salud como prioridad dentro de la familia. Por su parte, los jefes de hogar desconocen lo que verdaderamente implica un cambio en los hábitos alimenticios, por cuanto su socialización de género masculina los alejó de las actividades de cuidado de otros y otras, y más bien creen que estas actividades, la salud, el cuidado de hijos e hijas, la alimentación y funcionamiento del hogar, etc. son labores que a ellos no les competen porque es una tarea propia de las mujeres. En estos casos estudiados, las mujeres sostienen que sus parejas suponen que sólo basta con que la mujer disminuya la cantidad de alimentos que ingiere, tampoco dispone de dinero extra que permita financiar otra forma de alimentación dentro de la familia. Esto es una muestra de las restricciones que la socialización de género patriarcal impone a los hombres, lo que se conoce como masculinidad hegemónica.

En nuestra sociedad la construcción de identidades de género se establece a través de los procesos de socialización desarrollados al interior de una sociedad de carácter

patriarcal. De este perfil subyace un ordenamiento asimétrico e internalizado de un rol de deber ser masculino dominante en desmedro de un rol y deber ser femenino sumiso, abarcando las formas relacionales entre hombres y mujeres desde el ámbito privado, que constituye la familia como base social básica hasta sociedad en su conjunto, a través del resto de las instituciones sociales que involucradas en el ámbito público. El patriarcado, de esta manera, representa una forma de organización política, económica, religiosa y social en donde el género constituye el ordenamiento de la práctica social, cuya base se sustenta en la naturalización de la autoridad del varón y el establecimiento de la heterosexualidad como fundamento de todas las relaciones que se instauran entre ambos sexos. (Ortiz, 2002).

El modelo cultural emerge del patriarcado y, mediante él, se naturaliza la norma de lo prohibido y lo permitido que permite al hombre desarrollar su masculinidad, validarse a sí mismo como tal y responder satisfactoriamente ante el constante cuestionamiento social en torno a su rol. Este dogma, bajo el cual se configura la vinculación de los hombres con las mujeres, se denomina **hegemonía masculina**. Desde este referente, el concepto de masculinidad se compromete como el desarrollo de las prácticas de género dentro de un contexto cultural, trama de la cual deriva la norma que prescribe el orden social. “Lo hegemónico y lo subordinado emerge de una interacción mutua, pero desigual. La masculinidad que no corresponde al referente, es disminuida, subordinada, pero ambas se requieren en este sistema interdependiente” (Ortiz, 2002:143).

### **Condición y posición de género**

Los datos recabados en la tesis por mujeres han posicionado el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales, es una construcción social y cultural que supone un conjunto de acuerdos tácitos o explícitos elaborados por una comunidad determinada en un momento histórico determinado y que incluye los procesos de enseñanza-aprendizaje. “El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como rasgos de la

personalidad, actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres.” (Tubert, 2003:8). Desde esta perspectiva no se pretenden establecer una relación igualitaria entre hombres y mujeres, sino que reconocer las diferencias existentes respetándolas en igualdad.

Los roles o papeles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquicen y valoricen de manera diferenciada. Así, la mujer dentro de su condición asume roles socialmente compartidos, tareas propias de ese rol y situándose en un nivel de inferioridad frente a la familia, invisibilizando problemas personales, enfermedades y requerimientos especiales, naturalizando injusticias o desigualdades dentro de la familia, asumiendo sus problemas como obstáculos para el normal desarrollo de la vida familiar. Frases como esta revelan la percepción de su rol “Sola siempre sola, uno como mujer tiene que hacerse cargo de todo, desde los hijos, de todo, el esposo no esta ni ahí!. La mujer tiene que hacer sus cosas sola” (S.O.O; 3). Esto lleva a la mujer muchas veces a ocultar lo que es negativo y a naturalizar este tipo de acciones asumiendo que es su deber asumir sola lo que respecta a sí misma. No obstante, si la situación es diferente, y las personas enfermas son sus parejas o hijos e hijas, será la mujer quien asuma con rigurosidad los cuidados paliativos que aseguren una pronta recuperación de estos, porque ella tiene asumido y naturalizado que esta son parte de las funciones que ella debe realizar, o deber ser. Esto lo escuchamos en frases como: “Fui sola, siempre vengo sola. Mis hijos no se preocupan de mí. De mi esposo todos nos preocupábamos, en cambio cuando yo me siento mal nadie me pregunta ni me ayudan en mis cosas.”(J.C.H.; 3). “Las mujeres construyen su identidad genérica basándose en factores vivenciales comunes y en experiencias simbólicas compartidas” (Cervantes, 1994). Esta atención especial permitirá al hombre desligarse de preocupaciones como por ejemplo, horarios en que debe tomarse los medicamentos, recordatorios, controles, etc. De modo de que él pueda cumplir con su rol que, desde la perspectiva de la mujer, sí tiene importancia.

“Yo mando en la casa, el murió hace años, como 15, era tomador, me lo pasaba puro rabiando. En cambio ahora estoy tranquila y yo creo que eso es importante.”

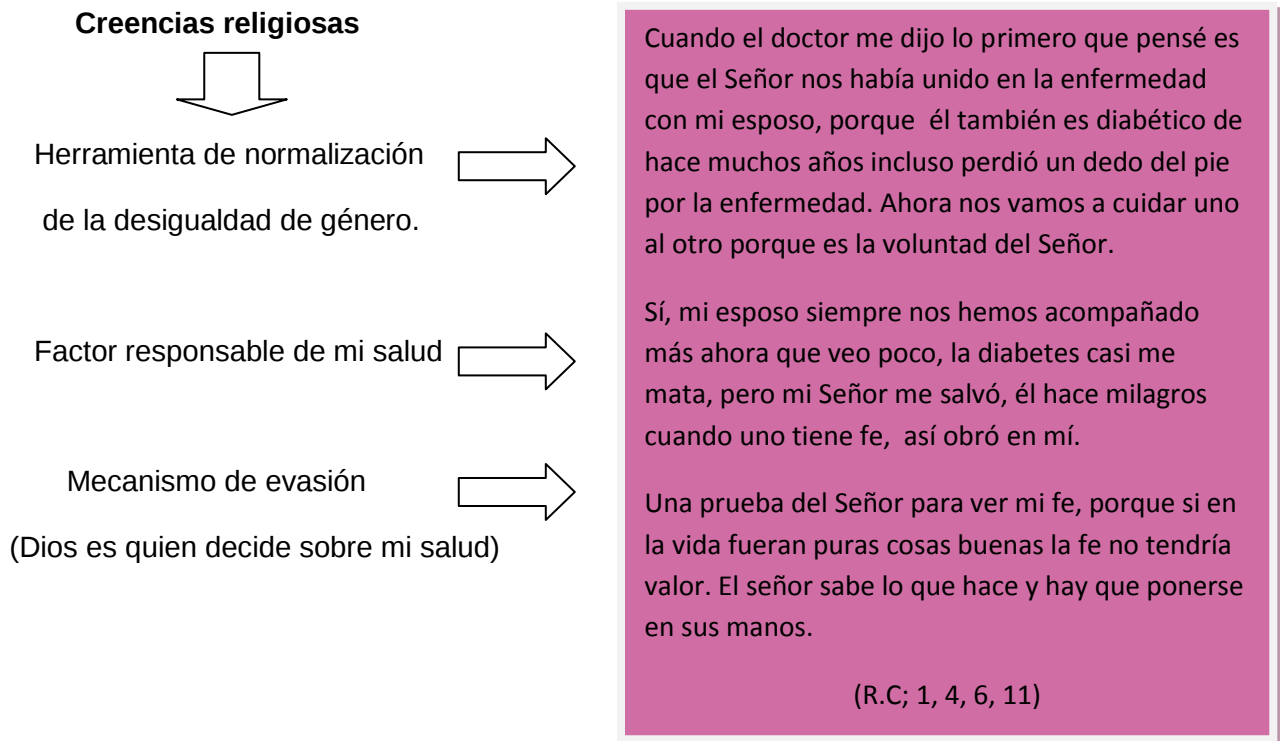
(M.A.A; 7)



En este caso, las mujeres dueñas de casa asumen, inconscientemente este rol de inferioridad frente al masculino, reproduciéndolo en sus hijos e hijas desde la infancia y validando el ejercicio de desigualdades de género. Estas desigualdades son normalizadas y naturalizadas en los discursos de las mujeres y consecuentemente de sus parejas masculinas en estudio, asumiendo como natural la diferencia existente entre el valor que se le otorga a la mujer o al hombre, tanto así, que ellas mismas validan su nivel de inferioridad. Asumen que mientras sus parejas estén con ellas es su deber estar sujetas a sus deseos y ordenes, percibiendo su ausencia como libertad de hacer lo que se quiera; ocultando malestares propios de las descompensaciones que provoca la DMII, siguiendo con naturalidad los mismos hábitos alimenticios de la familia, no hablando de su enfermedad, enojándose incluso al recibir indicaciones de la familia sobre las acciones que esta debe seguir para mantener su salud estable.



## Creencias religiosas



Estas juegan un papel importante desde la perspectiva de género, ya que además de reforzar las desigualdades en los roles, que sitúa a la mujer bajo un estado de sumisión y servicio al esposo y la familia, la desvincula de ideas de igualdad, asumiendo la desventaja y subordinación como parte de las normas que establece la sociedad y su doctrina religiosa.

Si hablamos de religión, predominan los estudios sobre la problemática de los derechos sexuales y reproductivos, en los cuales se menciona lo religioso y, en especial las jerarquías de los grupos religiosos, como uno de los principales obstáculos para la ampliación de sus derechos. Mas, sin obviar el refuerzo que las creencias religiosas hacen de las desigualdades de género, cabe destacar que en este estudio la mitología religiosa se superpone por sobre estos parámetros, otorgándole, en algunos casos, a las circunstancias que rodean el diagnóstico, desarrollo y tratamiento de la

DMII valores especiales, representaciones y respuestas que aportarían una mirada diferente a los motivos que llevaron a enfermarse, a desarrollar o evadir el tratamiento, o bien a asumir las consecuencias. Las creencias religiosas pueden presentarse como una herramienta de normalización de la desigualdad de género, también como factor responsable de la enfermedad y como mecanismo de evasión de responsabilidades, otorgándole a Dios la voluntad de sanar o matar. Así es común que las entrevistadas asuman su destino a la voluntad de Dios, más que a la rigurosidad con que deben seguir el tratamiento para controlarla.

## **Objetivo específico N° 2**

Asociar los factores socioculturales relacionados al género que facilitan la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en mujeres de la comuna de Fresia.

En base al análisis de los discursos otorgados por las mujeres sujetos de estudio con DMII de la comuna de Fresia, se puede establecer que se han detectado múltiples factores que obstaculizarían la adhesión al tratamiento de la enfermedad, entre ellos los factores de género toman relevancia, ya que desde la perspectiva del rol que estas mujeres asumen dentro de la familia y su nivel de importancia dentro de la familia, establecen una postura que las sitúa en desventaja pues son ellas mismas quienes se otorgan un valor inferior del cual no se habla, no se reclama, sólo se asume.

## **Factores socioculturales de género - Facilitadores**

- Incorporación de la familia
- Percepción científica de la enfermedad
- Experiencias cercanas a la enfermedad
- Conciencia de género
- Existencia de tratamientos integrales

Se ha reconocido en este estudio qué factores pueden ser obstaculizantes para la adhesión al tratamiento de DMII, diagnosticándose también aquellos que podrían reconocerse como factores que facilitarían el proceso de recuperación y estabilización de una usuaria. Para ello, se describirán concluyendo el aporte que puede realizarse en base a las percepciones actuales de la realidad.

### **Incorporación de la familia**

Del corpus investigado se puede desprender que un 77,7% de las mujeres expuso que le sería más fácil seguir el tratamiento en sus tres ejes si la familia participara de ello. Igualmente si existiese real información sobre los factores que comprenden la enfermedad e información verídica, abierta y real en la familia, esta tomaría más confianza y atribuciones en manejo de ésta.

La familia es el eje principal de toda persona. El apoyo es primordial para el funcionamiento de cualquier proyecto. Así como la no incorporación de la familia puede provocar abandono de los tratamientos, invisibilización de los síntomas de la enfermedad y baja en la autoestima de las personas, su incorporación puede permitir tomar con seriedad la verdadera magnitud de la patología, mecanismos de estabilización y hasta el cuidado preventivo de toda la familia.

### **Percepción científica de la enfermedad**

Teniendo más claridad sobre cuáles son los riesgos que conlleva la DMII, la familia podrá tener mayor conciencia sobre los riesgos a los que se expone, poniendo énfasis en que se estableciese el cambio de hábitos que se requiere para hacer efectivo el tratamiento. Se evidencia además que existe desconocimiento sobre los aspectos y factores que involucra la enfermedad y que el conocimiento de estos implica también un aprendizaje de cómo llevar la enfermedad, como actuar en situaciones de riesgo y cómo prevenir consecuencias secundarias. Un 77,7% de las encuestadas ha

manifestado que conoce medianamente o que desconoce características y riesgos de la enfermedad.

### **Experiencias cercanas a la enfermedad**

Del conocimiento real de la enfermedad y métodos de control establecidos, se puede considerar con propiedad los tratamientos y el porcentaje de éxito en el control a la que puede accederse en estos días. Considerando que en base a los antecedentes familiares de DMII conocidos por las entrevistadas y lo fatal de su desenlace, el conocimiento real de las formas de control y estrategias de estabilización podría ampliar las expectativas de vida que hasta ahora son desfavorables. Considerando que casi el 100% ha conocido de cerca experiencias asociadas al tratamiento de DMII se puede además, incorporar nuevos elementos informativos a la familia, quienes deben conocer, al menos de manera preventiva. Un 55,5 % de las entrevistadas manifestó la experiencia de ver las consecuencias de la DMII en familiares, sin establecer si existió algún tratamiento de por medio.

### **Conciencia de género**

El conocimiento adecuado de los derechos y deberes tanto de hombre o mujeres en toda circunstancia enseñará la necesidad de inclusión de las mujeres a una vida con igualdad de condiciones. La conciencia de sus diferencias implica un aprendizaje sobre los aspectos que involucra y las percepciones erróneas sobre los roles y tareas propias de un individuo. El 100% de las entrevistadas desconoce la importancia de su rol dentro de la sociedad y la estructura familiar.

### **Existencia de tratamientos integrales**

En base a los antecedentes recogidos se puede establecer que uno de los factores más importantes y que podrían facilitar el proceso de acceso al tratamiento de DMII, sería la adhesión responsable al tratamiento en todas sus áreas; farmacológica, incremento de actividad física y cambio de los hábitos alimentarios. Para ello, la conciencia de género podría jugar un papel preponderante, ya que validar las diferencias existentes entre hombres y mujeres implica también una aceptación de estas diferencias y permite validar las posiciones en las que se está. Del corpus de entrevistadas, se puede establecer que la alta tasa en HbA1C, que alcanza un promedio de 8,38 el 100% de las entrevistadas se encuentra con mal control metabólico, se debe a que ninguna de las señoras ha podido llevar a cabo el tratamiento en su totalidad, existiendo controles habituales y una medicación relativamente rigurosa, las mujeres no han podido efectuar un cambio significativo de los hábitos alimentarios, ni han podido incorporar actividad física. Y los motivos comunes en ellas apuntarían a dificultades económicas que han obstaculizado el acceso a los alimentos requeridos por la dieta para diabéticos, otras a la incompatibilidad que existiría entre el rol de dueña de casa y otras actividades ajenas a las habituales, la intervención de terceros y falta de decisión a cambiar los estilos de vida. Todos los motivos anteriores se sustentan en una visión de sus roles como mujer al servicio de los demás, por lo que sus necesidades no son prioridad en la familia, sino por el contrario las mujeres perciben que sacrificar sus tratamiento es lo correcto puesto una buena mujer siempre debe pensar en los demás primero. A esto nos referimos con enfoque de género a visibilizar que muchas veces las mujeres no siguen sus tratamientos porque de acuerdo a los roles que ha construido la sociedad ocupamos un lugar secundario.

### **Objetivo específico N° 3**

Asociar los factores socioculturales relacionados al género que obstaculizan la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en mujeres de la comuna de Fresia.

#### **Factores socioculturales de género obstaculizadores.**

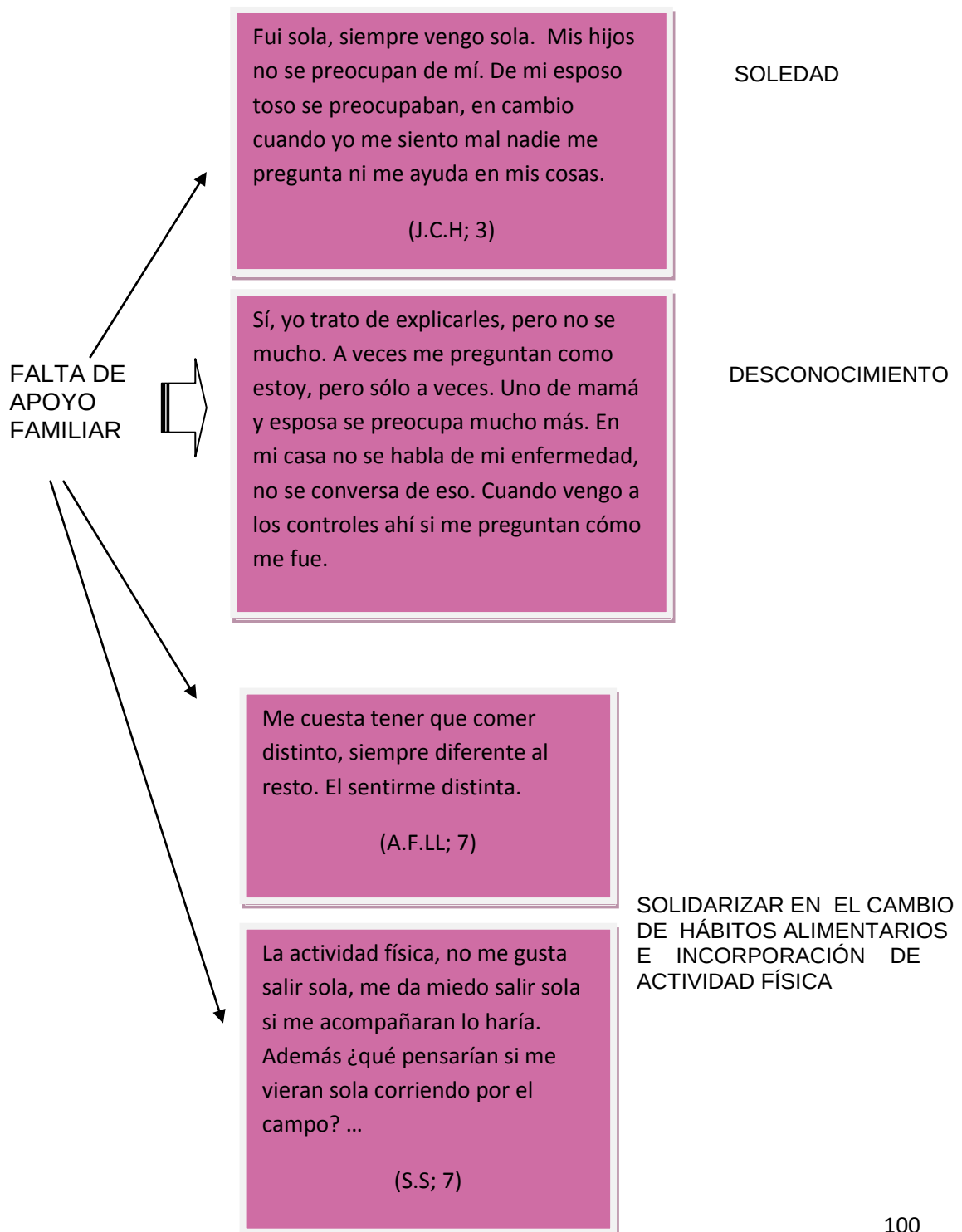
##### **Ausencia de apoyo familiar**

Si bien el 100% de las usuarias no presentan dificultad para asistir a los controles médicos de la DMII, se evidencia en un 88,8 % de ellas no son acompañadas a dichos controles, un 77,7 % asume el tema de su salud como algo muy personal que le quita valor dentro de la familia. De hecho la participación de los sujetos masculinos en general en este tipo de actividades es bastante menor, lo que se puede observar en cualquier momento en los centros de salud de atención primaria, donde quienes más concurren, tanto en busca de atención para ellas, como para sus familias son las mujeres.

El 100% de las pacientes reconocen la necesidad de cambios en los hábitos alimentarios, más el 88,8% de las entrevistadas, en alguna parte de la entrevista, manifestaron que la familia no se hacía parte de este cambio, por razones económicas o por que no existió la idea de modificar los hábitos alimentarios de todo el grupo familiar, debiéndose optar a la preparación de 2 comidas (uno para la enferma y otra para el grupo familiar) en caso de intentar seguir la dieta o simplemente a no realizar cambios de los hábitos alimenticios. Mientras la enfermedad no arroja problemas de descompensación serios y visibles no existe real conciencia de la magnitud y necesidad de cuidados especiales ni autocuidado que debe tener la paciente.

Igualmente, un 44% de las entrevistadas, (las otras no se refirieron al tema), indicaron la dificultad que tenían de desarrollar actividades físicas por vergüenza a trabajar en solitario o falta de tiempo por labores domésticas, quedando de manifiesta la importancia que tiene la inclusión de la familia al tratamiento y como el poco apoyo

familiar se establece como uno de los principales factores que obstaculizan la adhesión al tratamiento de DMII.



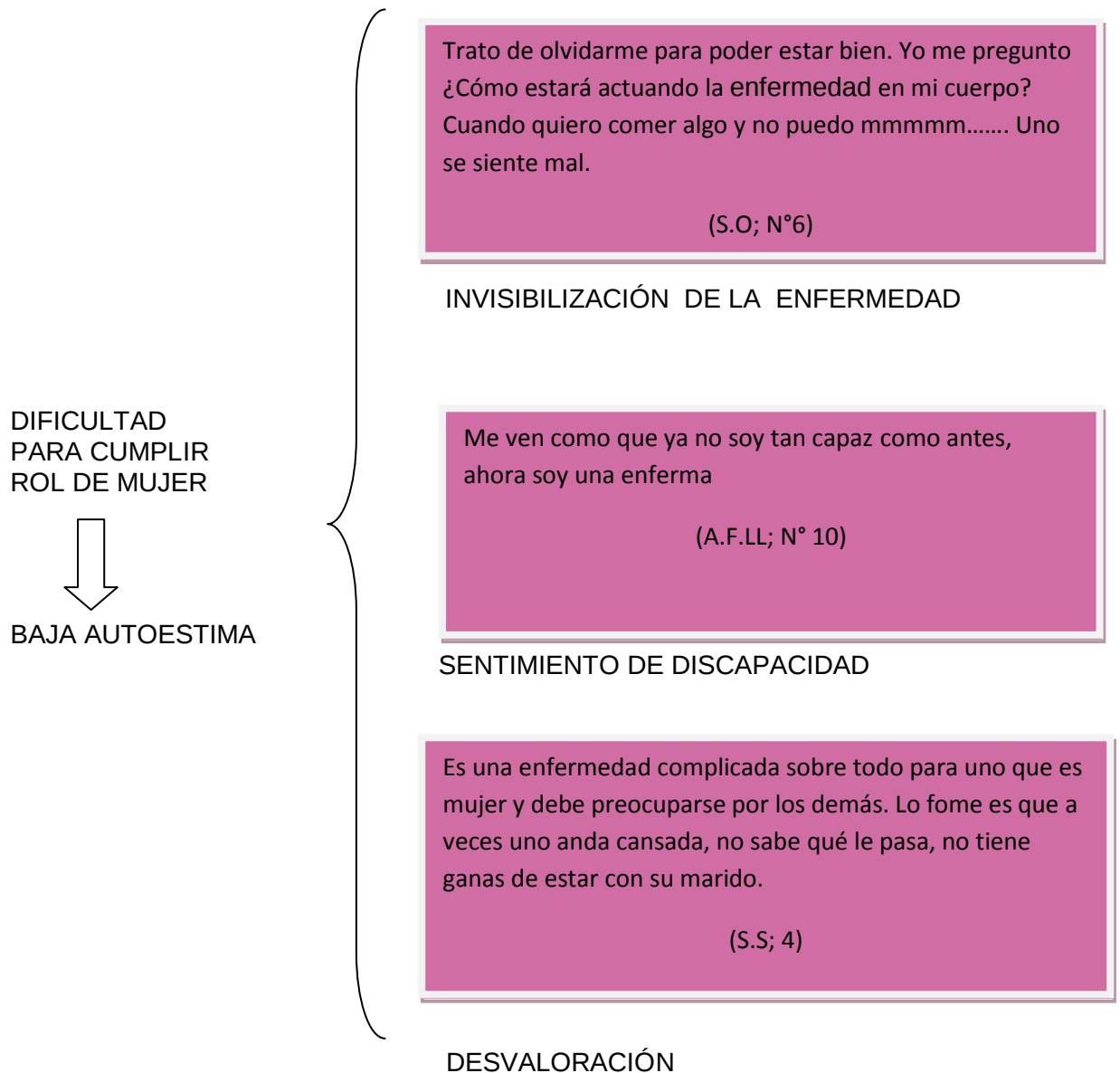
Por un lado, existe desconocimiento de parte de la enferma y de la familia, respecto a la enfermedad y sus tratamientos. De acá, la poca seriedad con que se siguen las indicaciones que mantendrían a la usuaria sin descompensaciones serias, y sin riesgos de accidentes micro y macro vasculares asociados al mal control metabólico de la DMII y otras consecuencias secundarias. Un 55% de las entrevistadas dice: saber cuáles pueden ser algunas de las consecuencias de una descompensación; no tener claridad sobre todo lo que implica la enfermedad; o bien, relacionan la enfermedad con un cáncer para entender su magnitud. Esto trae consigo, que existe un desconocimiento mayor de la familia, ya que la afectada al desconocer la complejidad de su enfermedad sólo puede transmitir a su familia lo poco que sabe, entregándoles un diagnóstico ligero y a pocas luces, parte de lo que conlleva el tratamiento que sólo llegaría a mantenerla estable.

### **Baja Autoestima**

Un 66,6 % de las encuestadas manifiestan que prefieren olvidarse de la enfermedad, no hablar de ella y tratar de ocultarla a la familia.

También, la suerte de invalidación que provocan los efectos de descompensación de la DMII, aun con el tratamiento farmacológico, sitúan a la mujer dueña de casa como imposibilitada de realizar sus funciones y asumir las responsabilidades que “como mujer” le toca, de su rol que como esposa y madre debe cumplir dentro de la familia. El cumplimiento de los roles impuestos por el grupo social serán evaluados por la sociedad y esto contribuye a generar sentimientos de culpa, frustración e inferioridad.

Un 88.8 % manifestó el sentimiento de discapacidad al no poder asumir con normalidad sus actividades y obligaciones. Devaluando su condición de mujer dueña de casa.



Como se expuso anteriormente, el concepto de género implica un enfoque que permite que leamos la sociedad y su estructura a partir de unos lentes que nos permiten observar cómo la sociedad está estructuralmente generalizada, o sea dividida en lo masculino y lo femenino. Ello implica, en el caso estudiado que la formulación de roles o papeles que son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquicen y valoricen de manera diferenciada. Al manifestarse la enfermedad, también lo hace la frustración que provoca la dificultad para cumplir el rol que la sociedad le asigna.

Entonces, así como al hombre se le asigna tareas determinadas en base a su sexo; como proveedor del hogar, fuerte, con poder de mando, control económico, viril, etc. A la mujer se le asigna también ciertos roles que debe asumir con eficiencia para ser aceptada por el grupo social en donde estas reglas se establecen y por razones socioculturales e históricas tienen significado y valor distinto. Así, el incumplimiento de las normas que establecen estos roles provocará frustración en quienes no puedan desarrollarlos como la sociedad espera y por influencia del medio, como ellos esperan de sí mismos. El machista se sentirá disminuido y menospreciado si no es él quien lleva el sustento a la familia, o si no es viril, o si no posee el control económico y la mujer se sentirá frustrada si no puede rendir como madre, dueña de casa o esposa. Una enfermedad compleja como la DMII impide que quien la posea se desarrolle con normalidad, ya que provoca desde estados descompensación hasta la invalidez total o la muerte.

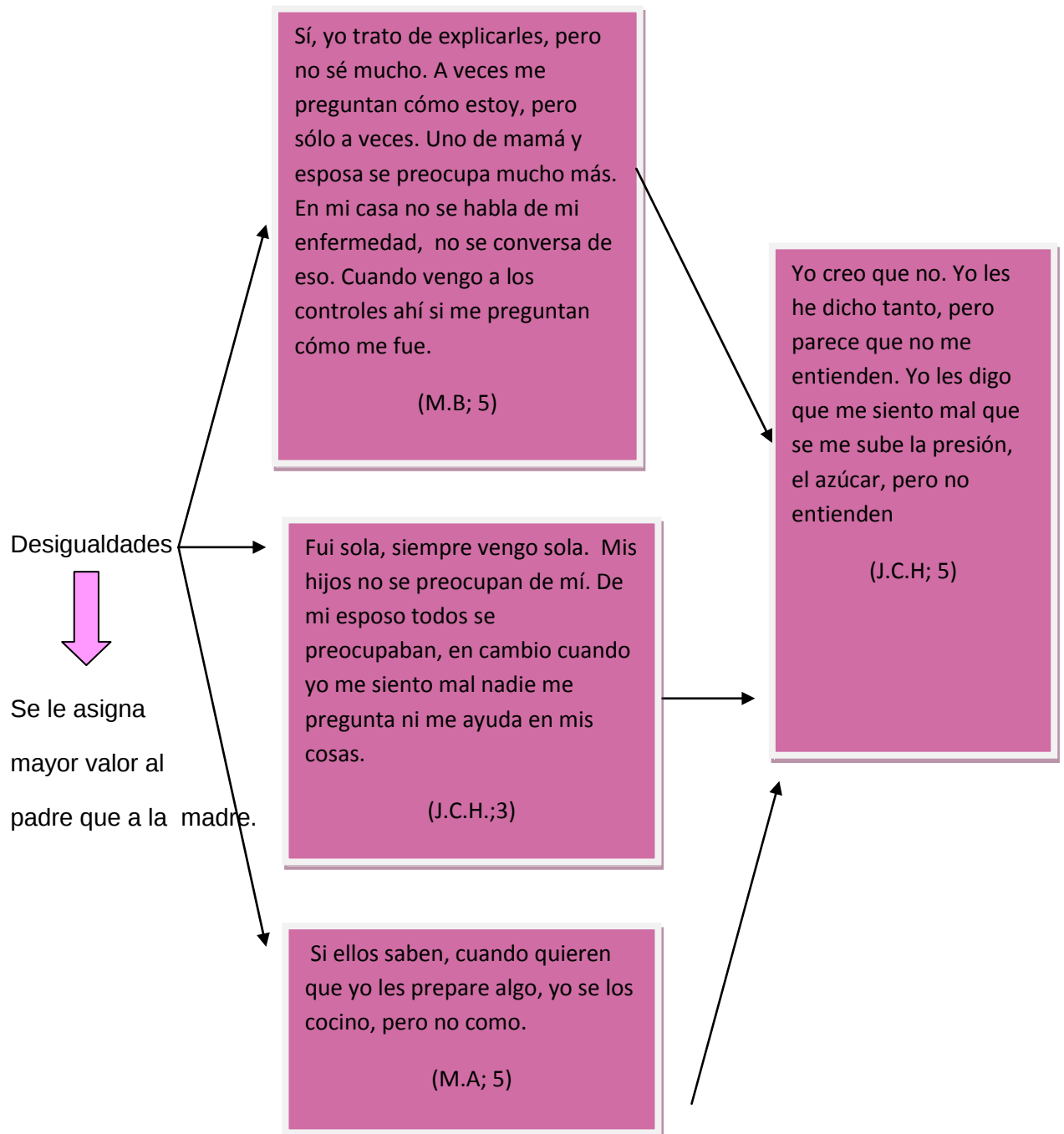
Es por esto que existe un periodo clínico de negación de la enfermedad que se da en los primeros años, también una vez asumida tiende a invisibilizarse mientras se siente bienestar, o mientras el malestar o la descompensación son sostenibles. La apariencia de normalidad que provoca la necesidad de sentirse sana o la medicación adecuada, supone una idea de superación parcial de la enfermedad, provocando en el individuo un estado de invisibilización de ésta, por lo tanto, crea un estado de relajación, una especie de autoengaño. De esta invisibilización nace la necesidad de aparentar bienestar para que no cause inconvenientes al resto de la familia o no ser delatado dentro de la irresponsabilidad de no asumir un necesario tratamiento. La DMII impide el desarrollo de sus funciones invalidándola, creando un sentimiento de incapacidad, estrés, desmoralización, desmotivación, inutilidad y culpa por no haberse cuidado lo suficiente. Finalmente el estado anímico provoca desánimo a seguir el tratamiento, aceptando la descompensación, asumiendo los malestares de la enfermedad y finalmente, obstaculizando la adhesión al tratamiento de DMII.

## **Desigualdades económicas, sociales y culturales**

Las desigualdades sociales que provoca la asignación de roles y valores específicos por el rol que cumplen, sitúa a la mujer en un rango de total inferioridad. En el ámbito de la escolaridad se plasma claramente ya que el promedio de años de escolaridad no alcanza a los 6 años (5.5 años). Esto se refleja en el acceso al mundo laboral, sólo el 33% de ellas realiza otra labor fuera de las de su hogar, con una baja remuneración. En cuanto a la toma de decisiones el 88% de las entrevistadas reconocen como jefe de hogar a un hombre (esposo, hijo o hermano).

Desigualdad frente al poder económico. Ya que son los hombres quienes trabajan éstos establecen total control sobre estos recursos. Limitando la distribución y decisiones acerca del uso de los recursos económicos y negando la posibilidad de cambios dentro del sistema económico familiar.

Diferente valoración entre género. La mujer en franca desventaja posee menor importancia dentro del hogar, ya que sus labores en general no son remuneradas e históricamente se le ha asignado mayor valor a las del hombre. Es por esto, que es común que en las familias de las entrevistadas no se sepa de la enfermedad que la aqueja, se conozca medianamente los riesgos que trae consigo, la necesidad de cambios en la vida de la enferma, posibles contraindicaciones de alimentos, riesgos de descompensación, posibles consecuencias por ausencia de cuidados, etc, y aún así no se permita, o se asuma con normalidad que la mujer prosiga con normalidad sus funciones dentro del hogar. No hay, muchas veces, lugar a que la mujer, aún enferma, deje sus funciones y labores maternas y domésticas. Así también, la falta de importancia que se le da la mujer en contradicción a la del hombre provoca que muchas veces no exista mayor preocupación por ellas. Por ejemplo:



Dentro de las tareas o roles que la mujer debe cumplir, según influencia del sistema social en que la familia se desenvuelve, existe un alto grado de desigualdades. Partiendo por la importancia desigual que se le asigna al hombre y la mujer. Podemos evidenciar que en las familias esta instaurada esta desigualdad y que se da en varios ámbitos exponiendo ejemplos en donde se demuestra el grado de inferioridad que se le asigna a la mujer sólo por su condición de mujer y que esta asume esa desigualdad normalizándola.

### **Imposibilidad de realizar el tratamiento completo**

Dentro de los elementos que imposibilitan la adhesión al tratamiento es relevante destacar la complejidad de realizar el tratamiento de forma completa, abarcando 3 áreas primordiales; alimentación, actividad física y farmacología. La DMII es una enfermedad de alta complejidad que requiere para su tratamiento incorporar de forma rigurosa acciones en base a estos tres pilares fundamentales.

Considerando que las personas con DMII son un grupo heterogéneo, los planes y metas terapéuticos deben ser personalizados. La meta es lograr niveles de glicemia lo más cercano al rango normal, resguardando la seguridad del paciente. Como la diabetes tipo 2 se caracteriza por insulino-resistencia y una declinación progresiva de la función de la célula beta, lo esperable es que los niveles de glucosa en sangre aumenten a través del tiempo, lo que amerita un abordaje terapéutico multidisciplinario y dinámico. El número de agentes hipoglicemiantes disponibles está en aumento, lo que hace necesario que el médico considere los siguientes factores, cuando elija un fármaco: nivel de la hiperglicemia, riesgo de hipoglicemia, efectos colaterales del medicamento, enfermedades concomitantes, capacidad para adherir al plan terapéutico, preferencias del paciente, costos. Por otra parte, los cambios en el estilo de vida, particularmente la terapia nutricional y actividad física, deben continuar siendo un aspecto central del tratamiento en aquellos con tratamiento farmacológico.

La actividad física regular se asocia a una reducción en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. El efecto protector es mayor cuando el riesgo cardiovascular es mayor. Los beneficios del ejercicio en la DMII están bien documentados en relación al control de la glicemia y múltiples factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio

mejora el control metabólico, los niveles de HbA1c, glicemia y sensibilidad a la insulina. La actividad física también ha demostrado resultados favorables en los factores de riesgo cardiovasculares. En particular se han reportado efectos beneficiosos asociados a la reducción de niveles de presión arterial, obesidad y en el perfil lipídico.

La DMII es un tipo de diabetes caracterizada por presentarse a personas con obesidad, por lo cual la alimentación equilibrada juega un papel predominante en la efectividad y control de los síntomas. Una alimentación saludable adecuada que necesariamente se tendrá que adoptar como nuevo hábito alimentario y de cuyo porcentaje de efectividad dependerá el control de la enfermedad

El diagnóstico médico de DMII, implica cuidar la alimentación ingerida y programar un plan de alimentación completamente diferente al que ha estado llevando diariamente. Es el pilar base en el control de la enfermedad, pero aunque alimentarse es una acción individual el llevar un régimen distinto a nuestro entorno social nos hace sentir diferentes y generalmente no es aceptado. Implica disminuir porciones, incorporar alimentos que no siempre son del gusto de la usuaria y con un costo que en la mayoría de los casos dificulta su adquisición.

Así, una buena adhesión a tratamiento de la DMII implica seriedad y objetividad al realizar no sólo en un área, sino que tomar con seriedad los tres pilares fundamentales que componen el tratamiento. Desde esta perspectiva se puede afirmar que el principal obstáculo para alcanzar una seria adhesión al tratamiento radicaría en que no se realiza el tratamiento conjunto incorporando el cambio rotundo en los hábitos alimenticios, la medicación y la actividad física que se debe incorporar a la vida de las mujeres con diabetes, pues se establece como prioridad labores domésticas o actividades tendientes a la familia antes que el autocuidado que requiere esta enfermedad. Se da por entendido que del corpus de entrevistadas, un 88,8 % realiza adecuadamente el tratamiento farmacológico, más, a la hora de indagar en los otros aspectos se evidencia que un 88,8 % no puede realizar, por diferentes motivos, la dieta recomendada; y un 77,7 % indica diferentes razones que obstaculizan la incorporación

de actividad física a sus vidas. Por lo tanto, ninguna de las entrevistadas realizaría el tratamiento de forma completa.

No me gusta hacer gimnasia delante de gente. El régimen me cuesta por que hay que tener verduras y mi sueldo es poco y la mayoría de las veces no alcanza...

(J.C.H; 7)

El trabajo, las cosas del campo y la casa. Hay tantas cosas que hacer que no queda tiempo para uno, si uno quisiera hacer ejercicio por ejemplo. En el campo hay que hacer conservas, mermeladas, criar animales. Uno está acostumbrada a tener sus cosas, hay que tener cosas dulces (galletas, kutchen) en caso que llegue visita que se note que hay una mujer en la casa.

(J.C.M;7)

No poder tomar bebida (se ríe). Ya estoy acostumbrada la comida me cuesta un poco, pero como hartas ensaladas.

(M.A.A;7)

La actividad física, no me gusta salir sola, me da miedo salir sola si me acompañaran lo haría...

(S.S; 7)

Me cuesta el régimen, lo hago un par de días y después me dan ganas de comerme todo lo que no comí antes. Y a veces lo hago.

(S.O;7)

Me cuesta tener que comer distinto, siempre diferente al resto. El sentirme distinta.

(A.F.LL;7)

Con los medicamentos bien. Con la actividad física a veces, cuando estoy sola me hago un tiempo. Cuando están todos no puedo, no me queda tiempo, las cosas de la casa, los atiengo, les sirvo.

(M.B;7)

La comida, mi gran problema la comida. No puedo.

(M.A;7)

#### **Objetivo específico N° 4**

Analizar la visión que tienen las mujeres sobre su rol en la sociedad y cómo éste se relaciona con el cuidado de su enfermedad.

La visión que tienen las mujeres sobre su rol en la sociedad se puede apreciar en sus discursos, aún que no hubo una pregunta específica, se puede apreciar su visión sobre si mismas en las siguientes frases:

*“Sola siempre sola. Uno como mujer tiene que hacerse cargo de todos, desde los hijos de todo, el esposo no está ni ahí. La mujer tiene que hacer sus cosas sola”. (S.O.O.; 3)*

*“El trabajo, las cosas del campo y la casa. Hay tantas cosas que hacer que no queda tiempo para uno, si uno quisiera hacer ejercicio por ejemplo. En el campo hay que hacer conservas, mermeladas, criar animales. Hay que tener cosas dulces (galletas, kutchen) en caso que llegue visita que se note que hay una mujer en la casa”. (Y.C.M.; 7)*

*“El cariño por familia, mis hijos, mis nietos. Tengo que estar bien por ellos.”(S.S.M.; 8)*

*“A veces, trabajo en el negocio y entre las cosas de la casa a veces no tengo tiempo para mí”. (M.A.B.; 4)*

*“Es una enfermedad complicada sobre todo para uno que es mujer y debe preocuparse por los demás. Lo fome es que a veces uno anda cansada, no sabe que le pasa, no tiene ganas de estar con su marido.”(S.S.M.; 6)*

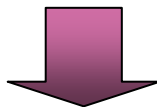
*“Si ellos saben, cuando quieren que yo les prepare algo, yo se los cocino, pero no como.” (A.F.LL.; 5)*



#### **SER-PARA-OTROS**

*“Pensé que podía ser un castigo por retar a mi esposo y no cuidarlo lo suficiente”. (R.C.C.; 2)*

*“Ya no se es libre como antes, hay que andar con los remedios para todos lados. Como mujer uno anda más cansada, ya no tiene las mismas ganas de estar con la pareja. Y todo porque no me cuide como debía.” (M.A.B.;6)*



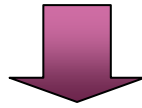
### **SENTIMIENTO DE CULPA**

*“Trate de ocultarlo de mi familia para no preocuparlos, para no sentirme rechazada”. (M.A.A.;2)*

*“Mis hijos no se preocupan de mí. De mi esposo todos se preocupaban, en cambio cuando yo me siento mal nadie me pregunta ni me ayuda en mis cosas”(J.C.H.;3).*

*Yo creo que no. Yo les he dicho tanto, pero parece que no me entienden. Yo les digo que me siento mal que se me sube la presión, el azúcar, pero no entienden. Con la comida no tengo problemas, no reclaman (J.C.H.; 5).*

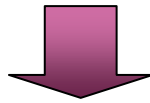
*“A veces me preguntan cómo estoy, pero sólo a veces. Uno de mamá y esposa se preocupa mucho más. En mi casa no se habla de mi enfermedad, no se conversa de eso. Cuando vengo a los controles ahí si me preguntan cómo me fue.”(M.B.V.; 5)*



### **ROL INFERIOR**

*“Sí, mis hijos me buscan información en internet me imprimen hartas cosas me llena de papeles. Pero mi esposo me pide que coma más, que estoy tan flaca que me voy a caer, que voy a quedar débil.” (S.S.M.;5).*

*“Con los medicamentos bien. Con la actividad física a veces, cuando estoy sola me hago un tiempo. Cuando están todos no puedo, no me queda tiempo, las cosas de la casa, los atiendo, les sirvo. Desearía tener más tiempo para mí. Con el régimen me va bien me cocino aparte. Me es difícil cuando viene mi suegra y me insiste en que como esto y lo otro, y que coma más. Mi familia a veces también me insiste con lo de la comida”. (M.B.V.; 7)*



### **OBEDIENCIA**

En los discursos anteriores podemos apreciar como las mujeres viven su rol en un constante:

- “ser para otros”.
- Culpa
- Inferioridad - desvaloración
- Obediencia

Las entrevistadas a través de sus discursos nos permitieron observar como forman parte de un sistema de género en el cuales su rol es secundario. Ellas señalan claramente como su primer deber es servir a su familia; esposo, hijos, hermanos etc.el “ser para otros” que es lo que vieron en sus madres y abuelas, por lo que no lo cuestionan sino que ahora lo reproducen. (Abric, 2001). Es tan así, que el diagnóstico de la enfermedad genera sentimiento de culpa, ya que lo importante es cuidar de los otros por encima del cuidar o seguir indicaciones específicas para su enfermedad. Varias mujeres argumentan que no tiene tiempo para ellas, que las cosas del hogar las absorbe por completo, posponiéndose ellas mismas. “Las distintas formas en las que las mujeres construyen su identidad genérica están estrechamente vinculadas con la definición social de su ser y de su cuerpo como un **ser-de-otros** y como un **cuerpo-para-otros**. Todas las mujeres están cautivas de su cuerpo-para-otros, procreador o erotico, y de su ser-de-otros, vivido como necesidad de establecer relaciones de dependencia vital y de sometimiento al poder y a los otros. Todas las mujeres, en el bien o en el mal, definidase por la norma, son políticamente inferiores a los hombres y entre ellas. Por su ser-de y para otros, se definen filosóficamente como entes incompletos, como territorios, dispuestos a ser ocupadas y dominadas por los otros en un mundo patriarcal.” (Cervantes, 1994).

Las entrevistadas señalan también la falta de autonomía para decidir sobre sus tiempos, sobre lo que deben comer y lo que opinan los demás sobre su tratamiento. Asumen un rol inferior por lo que resulta natural recibir indicaciones y retos de otros que ejercen mayor jerarquía en nuestra sociedad. La realidad de la que son parte ha natturalizado este sistema de poder “patriarcado” en cual las labores desempeñadas por ellas carecen de valor o tienen una valoración muy baja lo que repercute

directamente sobre su autoestima ya que el trabajo es una forma de validarse socialmente. El asimétrico ordenamiento del patriarcado a internalizado un rol y deber ser masculino dominante en desmedro de un rol del deber ser femenino sumiso, abarcando las formas relacionales entre hombres y mujeres desde el ámbito privado, que constituye la familia como base social hasta la sociedad en su conjunto. El patriarcado representa una forma de organización política, económica, religiosa y social donde el género constituye el ordenamiento de la práctica social, cuya base se sustenta en la naturalización de la autoridad del varón.

## **CONCLUSIONES**

Los cambios políticos, económicos y demográficos que el país ha experimentado en los últimos años, han dado lugar a un determinado perfil de salud - enfermedad que debe ser atendido mediante la gestión organizada de la sociedad y que involucre a los actores principales, en este caso a las mujeres. Que la familia como red social básica influye significativamente en la construcción de nuestras representaciones sociales de la diabetes mellitus y el rol que debe cumplir la mujer en la sociedad.

Es un hecho que la familia cumple un papel importantísimo primordial en la vida de los individuos, y al igual que en el hombre la mujer tiene una importancia significativa. Dentro del concepto de familia, existe también el concepto de roles que se tiene dentro de ésta. La condición social, definida por las características socioeducativas, socioeconómicas y el rol al que se accede tomando en cuenta estas características, propone la existencia de la perspectiva de género. El conocimiento de ésta permite establecer las diferencias existentes entre los sexos, asumiendo estas diferencias y validándolas cada una de ellas. La conciencia de esta perspectiva de estudio permite la validación de cada rol asignándole la importancia social que posee no sobre otro sexo, sino como individuo con características y atribuciones equitativas en igualdad de oportunidades y derechos.

El apoyo familiar puede tomar un rol decisivo en el éxito de este tratamiento y también en el fracaso, pues la DMII involucra un cambio radical en la vida de un individuo que está inserto dentro de un grupo social que ya comparte hábitos, de vida, trabajo, alimentación, etc. por lo tanto, la inclusión de la familia podría aportar el empuje que necesitan las mujeres para desarrollar con plena conciencia y responsabilidad el cambio radical de vida que se necesita para controlar la DMII. La dimensión psicológica en que la mujer percibe el apoyo familiar permite que se abran nuevos parámetros de valoración y apoyo que evidenciaría la importancia que la familia le asigna, elevando su autoestima y estableciendo nuevas motivaciones que podrían incrementar el deseo a estar bien. Controles médicos integrales que incorporen a la familia facilitarían el proceso de traspaso de información, pues se podría exponer con claridad para el grupo

familiar la información, riesgos y tratamientos que involucra el cambio radical de los estilos de vida. Además, la exposición de los riesgos de tener la enfermedad y las condiciones que pueden favorecer su aparición podrían permitir actuar de manera preventiva con integrantes de la familia y anteponerse a futuros enfermos.

La conciencia del rol social que cada uno juega y su aporte a la sociedad debe incorporar a la mujer a nuevos roles, valores diferentes y conciencia del aporte de su rol en la sociedad y la importancia que posee para el sustento de su estructura familiar, social y laboral.

Así mismo, se puede evidenciar que la adhesión al tratamiento de DMII no sólo implica un área farmacológica, sino que requiere la incorporación de dos puntos primordiales; la actividad física y una dieta adecuada. Estos dos últimos elementos no pueden ser solo sugeridos, sino deben incorporarse dentro del tratamiento completo, que involucre por completo al individuo y que de algún modo incorpore a la familia. Establecer conciencia en ella permitirá que finalmente se le brinde el apoyo que verdaderamente se necesita y prevenir desenlaces negativos que engrosen los índices negativos de la DMII. En estos aspectos se puede ver la relación de género en que viven las mujeres, no son ellas las que deciden qué hacer con su tiempo, ni el manejo de los recursos económicos destinados a la alimentación. En el rol asignado su tiempo es para servir a los demás las decisiones económicas pasan por las necesidades de los otros integrantes de la familia, postergando sus necesidades para así lograr un tratamiento integral.

Existe coincidencia con respecto a evidenciar en todas las entrevistas desigualdades de género, se puede inferir que el rol del hombre como proveedor determina una relación de subordinación que las mujeres naturalizan, las cuales no tienen independencia económica que les permita decidir las prioridades de su proceso salud/enfermedad y tampoco se permiten satisfacer sus propias necesidades y anhelos.

Se debe realizar un trabajo sistemático que conduzca a la formulación de propuestas para la construcción de políticas públicas que de manera concertada y con la participación de los diferentes actores sociales, reoriente los servicios, sus acciones y

recursos, en términos del fomento de las particularidades de la salud de las mujeres del país.

La desigualdad social que viven las mujeres caracterizado por las bajas oportunidades de desarrollo social, económico y cultural, demuestra que el género es un determinante social transversal a las dimensiones que conforman nuestra salud. Estos factores socioculturales de género determinan la adhesión al tratamiento en mujeres con diabetes mellitus de la comuna de Fresia.

## **REFLEXIONES FINALES**

Las mujeres entrevistadas, a pesar de ser un grupo pequeño, manifiestan el sentir que caracteriza sin lugar a dudas la historia de vida de muchas mujeres que han nacido, crecido y vivido en una comuna pobre en recursos y acceso, donde a pesar de tener anhelos de una vida mejor se resignan a las condiciones y el rol como mujeres que el medio social les ha impuesto.

Vivir en la comuna de Fresia, principalmente rural, constituye una dificultad en cuanto a la movilización hacia ciudades como Puerto Montt, Puerto Varas o la misma ciudad de Fresia, en el caso de los habitantes de los lugares más alejados o más rurales, ya que para poder tener acceso actividades deportivas/recreativas, alimentos integrales, frutas y hortalizas, tienen el problema de la movilización que queda limitado por la capacidad económica que les permita viajar y obtener estos alimentos. De cualquier forma a mayor costo que en ciudades grandes. Postergando sus propias necesidades en salud y por consiguiente su calidad de vida.

Se infiere además, que la perspectiva de su propia vida, está fuertemente influenciada por la forma en que fueron educadas y sus vivencias las hicieron naturalizar las desigualdades de género y construir representaciones sociales del ser mujer que las subordina a otros y las relega a un segundo plano. Por lo que no se encuentran empoderadas de su propia vida y donde el no generar cambios que incluyan a las siguientes generaciones, tendrá como consecuencia que se sigan repitiendo las mismas historias, ya que es la forma que reconocen y que influencia los constructos de sus propios hijos/ hijos y nietas/nietos.

La naturalización de la subordinación y el “ser para otros” de la mujer limita sus expectativas y su capacidad de tomar decisiones, como buscar otros horizontes, donde podrían tener mejores oportunidades laborales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. 2001. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.
- Adán, C. 2006. Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al ciborg. La Coruña: Spiralía Ensayo.
- Araya, S. 2002. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127. Extraído el 27 de junio, 2007 de: <http://www.FLACSO.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.Pdf>
- Arteaga, A. Maiz A., Olmos P. y Velasco N. 1997. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
- Cervantes, A. 1994. Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social. *Frontera Norte*. Vol. 6, núm. 12, julio diciembre de 1994. <http://www.colef.mx/fronteranorte/articulos/FN12/1-f12.pdf>
- Damasceno, MMC. 1997 O existir do diabético: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. São Paulo.
- Doise, W., Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. 2005. Representaciones sociales y análisis de datos, pp 308-383. México: Instituto Mora.
- Durkheim, E. 2000. Representaciones individuales y representaciones colectivas. En *Sociología y filosofía*, pp. 27-58. Madrid: Miño y Dávila Eds.
- Minsal 2010. Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2009-2010. [Citado 10 abril 2010]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/> [ Links ]

Esteban, M. 2006.El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva [en línea] 2006, 2 (enero-abril) [Consulta: 26 de febrero, 2010] ISSN 1669-2381 <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73120102>

Ferraz AM, Zanetti ML, Brandão ECM, Lidia CR, Glória MGFP, Renan MJ. 2000. Atendimento multiprofissional ao com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. Medicina abril-junho; 33:170-75-

Garcia-Calvente, MM; Del Rio M; Maroto, G.; Mateo, I. 2008. Desigualdades de género en salud. En: Daponte, Antonio et al. (eds.). Las Desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, p. 51-75.

Gómez, E. 2002.Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5-6): 454-461.

Harding, S.1987. Is There a Feminist Method? En Harding Sandra (ed.) Feminism and Methodology: Social Science Issues. Bloomington, Indiana: university of Indiana Press, p. 1-14.

Ibáñez, T. 1994. Representaciones sociales. Teoría y método. En Psicología social construccionista, 153-216. México: Universidad de Guadalajara.

Instituto Nacional de Estadística. “Resultados censo de población y vivienda 2012”. 2012. Consultado Marzo 01, 2013 en [http://www.censo.cl/2012/08/resultados\\_preliminares\\_censo\\_2012.pdf](http://www.censo.cl/2012/08/resultados_preliminares_censo_2012.pdf)

Jagoe, C.1999. La mujer en los discursos de género. En Barral, M<sup>a</sup> José et al. (eds.). Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres. Barcelona: Icaria, p. 305-444.

Janzen, B. 1998. Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature. Centre of Excellence for Women's Health Program, Women's Health Bureau, Health

Canada, 1998. [Consulta: 26 de febrero, 2010]  
[http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh\\_external/pwhce/pdf/janzen.pdf](http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh_external/pwhce/pdf/janzen.pdf)

Jodelet, D. 1986. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Comp.), Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales, 469-494. España: Paidós.

Krieger, N. 2003. Gender, Sexes and Health: What Are the Connections and Why Does It Matter? International Journal of Epidemiology, 32: 652-657.

Mercado, F. 1996. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de vivir una enfermedad crónica en un barrio urbano. Universidad de Guadalajara. Jalisco México. (2) 32 – 65.

Ministerio de desarrollo planificacion social. Casen 2012. Chile.

Moscovici, S. 1979. El psicoanálisis, su imagen y su público, pp 93-127. Argentina: Ed. Huemul.

Navarrete M, 2006 Introducción a las Técnicas Cualitativas de Investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona; (2) 31-44.

Ortiz, T. 2002.El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En RAMOS, Elvira (ed.) La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2002, p. 29-49.

Ostlin P. George A. Sen G. 2002. Género, salud y equidad: Las intersecciones. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción. Washinton. OPS.

Pladeco Ilustre Municipalidad de Fresia. Actualización Plan de Desarrollo Comunal 2010 – 2014.

Quirantes, A. López, L. Curbelo, V. Montano, JA. Machado, P. Quirantes, A. 2000. La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. [citado

13 abril 2010]; 16(1): 50-6 Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mqi/v16n1/mqi09100.pdf>

Sawala, BB. 1994. Análise psicosocial do processo saúde-doença. Rev. Esc Enfermagem USP; 28 (1): 105-10.

Sen, G. George, A. Östlin, P. 2007. Unequal, unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Bangalore: Women and Gender Equity Knowledge network, 2007. [Consulta: 26 de febrero, 2010] [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)

Tubert, S. 2003. La crisis del concepto género. En: Tubert, Silvia (ed.) Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. Madrid: Cátedra. Feminismos, p. 7-38.

W.H.O. (World Health Organization). 1998. Gender and Health: Technical Paper. Reference WHO/FRH/WHD/98.16. Ginebra: WHO, 1998. [Consulta: 26 de febrero, 2010] [http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD\\_98\\_16\\_gender\\_and\\_health\\_technical\\_paper/WHD\\_98\\_16\\_table\\_of\\_contents\\_en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html)

Zafra, JA. Méndez, JC. Novalbos, JP. Costa, MJ. Fraílde, I. 2000. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. Atención Primaria. 25(8): 29-43. [ [Links](#) ]

Zanetti ML, Mendes IAC. 1993. Tendência do locus de control de pessoas diabéticas, Rev Esc Enfermagem USP; 27 (2): 246-62.

## **ANEXO**

## ENTREVISTAS

I.-J.C.H. 66 años, viuda, 3 hijos, 1 hija. Vive con 2 de sus hijos varones. Usuaria de la posta de Parga, en tratamiento, dueña de casa, sin escolaridad, no lee ni escribe, HbAc1 9.4%. Religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Se siente mal, muy mal. No quería que nadie me hable. El ginecólogo me dijo que ahora tenía diabetes y ahora sí que me iba a tener que cuidar.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

¿Cómo será más allá? ¿Cómo irá a ser la enfermedad más adelante? El sentimiento fue tremendo una gran pena (llora desconsoladamente. Preferiría estar muerta y no viva. Se me vino el mundo abajo. (no deja de llorar).

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Fui sola, siempre vengo sola. Mis hijos no se preocupan de mí. De mi esposo toso se preocupaban, en cambio cuando yo me siento mal nadie me pregunta ni me ayuda en mis cosas.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No ninguno, uno que es sola no tiene problemas para sus controles.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Yo creo que no. Yo les he dicho tanto, pero parece que no me entienden. Yo les digo que me siento mal que se me sube la presión, el azúcar, pero no entienden. Con la comida no tengo problemas, no reclaman.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Todo lo malo (entre sollozos, no puede dejar de llorar). Me pone de mal humor que hablen de mí como diabética. No me gusta que me digan así(sique llorando).

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

No me gusta hacer gimnasia delante de gente. El régimen me cuesta por que hay que tener verduras y mi sueldo es poco y la mayoría de las veces no alcanza.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

Nada. Yo saco fuerza de mi misma. No se de donde, pero saco fuerza.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Los demás no quieren tener diabetes, les da vergüenza asumirlo. La otra gente dice que uno se cura, que anda borracha, pero es la enfermedad. La otra gente siempre crítica, que uno come muy poco, que tanto que se cuida y ellos dicen “me comería una vaca entera” no entienden que yo no puedo.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Me discriminan. Creen que es contagioso, no se juntan conmigo porque soy diabética. Hablan de mí, pero a mis espaldas.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Nada bueno, con voz quebrada (no sigo preguntando).

II.-A.F.LI. 51 años, casada, 2 hijas. Vive con 1 de sus hijas. Usuaría de la posta de Tegualda, en tratamiento, dueña de casa, 7 años de escolaridad, católica, HbA1c 7.1 %. Religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Vine a la posta porque estaba con mareos, vómitos, dolor de cabeza, sin ganas de levantarme, y ahí se me vino el mundo abajo (se llenan sus ojos de lágrimas, pero logra contenerlas). Me dijeron que tenía diabetes, me deprimí estuve dos semanas en cama. Se pasaban miles de cosas por mi cabeza, que iba a tener esto toda la vida.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Depresión, fue muy triste no lo podía creer. (No logra contener su llanto, después de varios minutos seguimos conversando). Me costó mucho. Yo me preguntaba ¿Por qué tenía la enfermedad? ¿Por qué me tocó a mí? Yo antes no sentía dolor, nada. Porque a mí me preguntaba una y otra vez. Fue porque no me cuidaba, porque no venía a médico, porque comía tanto....

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

En esa ocasión me acompañó mi hija. Hora vengo sola, no me gusta que me acompañen, no me gusta que me vean que estoy enferma.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No, no tengo problema para venir a mis controles.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Si ellos saben, cuando quieren que yo les prepare algo, yo se los cocino, pero no como.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Me aburre..... es menos complicada de lo que yo pensé. Lo que más me costo es la alimentación, tomar esos remedios..... son tantas las cosas distintas. El cuerpo ya no es como antes, me molesta mi cuerpo a veces esta cansado. Me molesta esta enfermedad.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

Me cuesta tener que comer distinto, siempre diferente al resto. El sentirme distinta.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

La preocupación de los demás, que me llamen, que me pregunten cómo me fue en el control.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Algunos dicen: “que es un cáncer” “que no tiene cura” “tantos remedios son los que hacen mal” “es hereditario” y uno tiene aceptar que es así.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Me ven como que ya no soy tan capaz como antes, ahora soy una enferma.

11. ¿Cómo ve el futuro?

No sé, es una incertidumbre, pero sé que tengo **que estar mejor**.

|                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III.-M.B.V. 47 años, casada, 1 hijo y 1 hija. Usuaria de la posta de Polizones, en tratamiento, dueña de casa, 6 años de escolaridad, HbA1c 9.3%. Religión evangelica. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Me dijeron que tenía la enfermedad y que ya no había nada más que hacer, sólo cuidarse. Y me lo dijeron así como si fuera cualquier enfermedad.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Fue una sorpresa, pero mala. Porque **es como un cáncer**, va terminado de apoco con la persona. Y luego pensé Dios sabe porque hace las cosas y él me cuidará. Pero no hay que echarse a morir, hay que seguir el tratamiento igual como en un cáncer.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Andaba sola, siempre vengo sola.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No, vengo siempre a mis controles.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Si, yo trato de explicarles, pero no se mucho. A veces me preguntan como estoy, pero sólo a veces. Uno de mamá y esposa se preocupa mucho más. En mi casa no se habla de mi enfermedad, no se conversa de eso. Cuando vengo a los controles ahí si me preguntan como me fue.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Trato de olvidarme para poder estar bien. Yo me pregunto ¿Como estará actuando la enfermedad en mi cuerpo? Cuando quiero comer algo y no puedo mmmmm..... Uno se siente mal.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

Con los medicamentos bien. Con la actividad física a veces, cuando estoy sola me hago un tiempo. Cuando están todos no puedo, no me queda tiempo, las cosas de la casa, los atiende, les sirvo. Desearía tener más tiempo para mí. Con el régimen me va bien me cocino aparte. Me es difícil cuando viene mi suegra y me insiste en que como esto y lo otro, y que coma más. Mi familia a veces también me insiste con lo de la comida.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

Cuando me ayudan con los alimentos (cuando me traen frutas y verduras porque a veces no alcanza la plata) Cuando me cuido mucho no hay buenos comentarios. Me gustaría que hiciéramos régimen todos juntos, que saliéramos a trotar todos juntos.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Algunos dicen: “que es un cáncer” “que no tiene cura” “tantos remedios son los que hacen mal” “es hereditario” y uno tiene aceptar que es así.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Hay gente que me lo ha dicho, que estoy diferente, que antes era más gorda, que estoy quedando flaca, paliducha. Yo lo dejo pasar, no me enoja lo tomo con humor. En mi familia casi todos son diabéticos, me dan secretos para que uno se sane, pero yo no les hago caso.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Eso es lo que no se sabe, a veces me da miedo, pero sólo Dios sabe.

IV.-S.S.Z. 46 años, casada, 4 hijos varones. Vive con 2 de sus hijos. Usuaria de la posta de Tegalda, en tratamiento, dueña de casa, 8 años de escolaridad, HbA1c 7.6%, religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Fue hace 2 años, fue en la consulta del ginecólogo. Fue una mala sorpresa, pero lo tome con tranquilidad, si yo estaba tranquila.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Sentí un frío en la espalda que me dejó paralizada unos minutos, yo tenía que asumirlo no más. Por que mi papá es diabético, sus hermanas y todos por el lado de mi papá.

Yo sabia que me podía pasar, pero uno siempre tiene la esperanza que pase algo y no sea así.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

En esa ocasión yo andaba sola. Pero ahora después de mi hipoglicemia si me acompañan, casi siempre cuando voy a Puerto Montt.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No ninguno, mi esposo me apoya en todo.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Si, mis hijos me buscan información en internet me imprimen hartas cosas me llena de papeles. Pero mi esposo me pide que coma más, que estoy tan flaca que me voy a caer, que voy a quedar débil.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Lo tome como cualquier enfermedad, mi mamá siempre nos dijo que esta era la herencia de nuestro papá. Es una enfermedad complicada sobre todo para uno que es mujer y debe preocuparse por los demás. Lo fome es que a veces uno anda cansada, no sabe que le pasa, no tiene ganas de estar con su marido.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

La actividad física, no me gusta salir sola, me da miedo salir sola si me acompañaran lo haría. Además ¿que pensarían si me vieran sola corriendo por el campo? Igual ver a mi papá con las consecuencias secundarias de la enfermedad me desmotiva.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

El cariño por familia, mis hijos, mis nietos. Tengo que estar bien.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Saben que es una enfermedad grave, me buscan información y me la traen para que yo aprenda. Saben que no tiene cura. Se preocupan por mí, me dicen que me cuide.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Me dicen que la diabetes me está comiendo, que estoy ten delgada, ¡supe que tienes diabetes! Que eso me tiene más pálida, más ojerosa.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Eso es algo que prefiero no pensar, no quiero ni imaginar, de solo decirlo me da miedo.

V.- M.A.B. 53 años, casada sin hijos. Usuaria de la posta de Tegalda, en tratamiento, dueña de casa y además tiene un almacén, 6 años de escolaridad, HbA1c 8.0%, religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

No quería tener diabetes, era lo último que me podía pasar. Me explicaron, pero yo como que no entendía. Vine de nuevo a la posta a decir que no quería tener diabetes, me demoré años en aceptarlo.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Sentí que mi vida llegaba hasta ahí. Se me corto un camino. Se me vino a la mente las personas amputadas y mi madre que murió de diabetes. Trate de ocultarlo de mi familia para no preocuparlos, para no sentirme rechazada. Sentí pena, mucha pena. Pensé que me iba a morir, que iba a ser muy rápido, sentía que me iba a morir. Yo sabía que la diabetes es un cáncer a la sangre y eso fue lo que sentí.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

No, no siempre vengo sola. Pero mis hermanos se preocupan, me preguntan mucho. Me costo mucho aceptar la enfermedad, no me quería tomar las pastillas. Ni siquiera quería comprar porque no sabía si lo iba a usar, no sabía cuánto más iba a vivir.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

A veces, trabajo en el negocio y entre las cosas de la casa a veces no tengo tiempo.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Si, me dicen que tengo que hacer....ufff eso me molesta mucho y me dan ganas de comer de todo lo que no puedo. Mi marido me hace recuerdo de mis medicamentos y del ejercicio, pero no los hago mucho.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Es una molestia, siempre uno tiene el miedo que algo malo le va a pasar, la vida ya no es tan bonita como antes. Ya no se es libre como antes, hay que andar con los remedios para todos lados. Como mujer uno anda más cansada, ya no tiene las mismas ganas de estar con la pareja. Que no me cuide como debía.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

La comida, mi gran problema la comida. No puedo.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

No se quejan de lo que cocino, todo lo que cocino les gusta, todo lo encuentran rico.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Antes no le daba importancia, pero siempre dicen que fome, pobrecita, no se cuida. Yo creo que doy pena, porque eso me pasaba a mí antes.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Yo pienso que no me ven igual. Están preocupados (en mi familia) yo creo que los que me quieren sienten pena y los que no se alegran porque saben que es algo malo. Hay personas que no creen cuando uno anda mal, pero son pruebas que pone el Señor.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Ahora estoy un poco más tranquila, ya sé que me voy morir tan rápido, pero no quiero pensar en el futuro.

VI.-S.C.C. 66 años, casada, 3 hijos, 1 hija y 2 varones. Usuaria de la posta de Cau-Cau, en tratamiento, dueña de casa, 6 años de escolaridad, HbA1c 7.7 %, religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Casi me muero, me fui mal. ¿Cómo puede ser? Me preguntaba una y otra vez. Después me resigné, si Dios me lo manda que puedo hacer. Después me entro la duda y fui al naturista. Y ahí me convencí porque él me dijo lo mismo, tal cual me habían dicho aquí en la posta.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Que me iba a morir, yo sé que es mortal que es silencioso. (Lleva las manos al rostro y se deshace en llanto). En mi familia siempre habido diabetes, dos tíos que se murieron por la diabetes.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Sola siempre sola. Uno como mujer tiene que hacerse cargo de todo, desde los hijos de todo, el esposo no está ni ahí. La mujer tiene que hacer sus cosas sola.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No mis controles son sagrados. Sólo he faltado a dos, porque además yo trabajo con pensionistas.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Sí, saben que es para toda la vida y que es complicada. Tengo un hijo que dice que si tiene diabetes prefiere no saber. Por eso no va a médico. No me hace caso yo le digo que se cuide, porque también uno tiene la culpa por no cuidarse.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Ha sido terrible, yo pensé que me moría. Todavía me pasa uno se acuesta y no sabe como va a despertar o si va a despertar. Porque esta enfermedad es silenciosa uno no sabe como avanza (llora).

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

Me cuesta el régimen, lo hago un par de días y después me dan ganas de comerme todo lo que no comí antes. Y a veces lo hago.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

Me ayudan los medicamentos, no puedo estar sin ellos. Me hacen sentir bien, más liviana.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Que es una enfermedad mortal, que uno se muere de esto. A mí me duelen las piernas por la diabetes.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Yo creo que no me ven igual, me ven distinta, más complicada, pero no me dicen nada.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Me da miedo pensar en eso, no no no prefiero no pensar.

VII.-M.A.A. 65 años, viuda, 2 hijas. Vive con 1 de sus hijas. Usaria de la posta de Tegalda, en tratamiento, dueña de casa y realiza trabajos de jardineria, 3 años de escolaridad, HbA1c 7.2%, religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Fue aquí en la posta, me asuste. Pero lo tome con tranquilidad.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Que era una enfermedad para siempre, para toda la vida. Se me vino a la mente mi mamá y mi papá, ellos eran diabéticos y se murieron por lo mismo. La enfermedad los consumió.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Sola no más. Vengo sola. Si igual a veces me gustaría que me acompañaran.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No, siempre vengo. Aun que tenga que hacer mis cosas, las hago después con tiempo. Prefiero estar bien a estar mal. Yo he visto mucha gente que no se toma los remedios y después se descompensan.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Si, si saben. Tengo una hermana que tiene diabetes, que está igual no se descompensa estamos igual, igual. La gente aquí en el sector todavía me busca para hacer jardines, eso me hace sentir bien, me gusta. También me buscan para hacer huertas chiquititas.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

De primero no me acostumbraba, estaba muy triste, se me pasaba de todo por la cabeza. Pensaba que me iba a morir, pero luego. Ahora sé que cuidándose no pasa nada.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

No poder tomar bebida (se ríe). Ya estoy acostumbrada la comida me cuesta un poco, pero como hartas ensaladas.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

Yo mando en la casa, el murió hace años, como 15, era tomador, me lo pasaba puro rabiando. En cambio ahora estoy tranquila y yo creo que eso es importante.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Dicen menos mal que no tengo diabetes, es una enfermedad muy complicada. Es un cáncer a la sangre, que se van a morir con eso, que si eso les pasa preferirían no estar vivos. Prefieren morirse antes de tener esa enfermedad. Hay gente que prefiere no tomarse los remedios porque no tienen costumbre. Yo sé que no es un cáncer a la sangre es otra enfermedad, pero no sé cómo llega ni cómo se va, hay que cuidarse no más, seguir con los controles, tomarse los remedios y la comida, porque hay unos diabéticos que comen y comen hasta que no hacen más.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Piensan que ellos igual pueden tener. Mis vecinos me ven bien, me dicen que me veo bien. Dicen “yo si tuviera eso andaría mal”.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Me imagino que voy a estar más o menos bien.

VIII.-Y.C.M. 44 años, soltera sin hijos. Vive con 1 hermano. Usaria de la posta de Tegualda, en tratamiento, dueña de casa y venta de animales menores, 12 años de escolaridad, HbA1c 7.3% , religión católica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Uff no quería, no saber eso. Cuando el doctor me dijo me dio mucha pena, me acorde de mi papá que murió de DM.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Me sentí culpable, porque me habían dicho que bajara de peso que esto era lo que me iba a pasar. Pero yo no lo hice por eso me pasó. Fue mi culpa ahora tengo que cuidarme no más.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Sí, mi hermano que también es diabético. Porque tenemos control juntos el mismo día. Además del campo me tiene que traer en vehículo y yo no manejo.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No, porque ahí sí que estaría mal.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Sí, pero no hacen caso. Se van en quejarse. En mi familia mi papá murió de diabetes, dos hermanos y yo la tenemos. Es que somos de raza gorda, buenos para comer y en el campo hay de todo en abundancia, así que uno llega a la casa y se olvida de todo lo que le dijeron en la posta.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Ha sido como un aviso de muerte, es como que se acorta el plazo. Siento que me queda menos tiempo que si no tuviera diabetes. Siento que la vida se acorto para mí. Es sentir que uno se está muriendo de a poco. (Se le caen unas lágrimas).

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

El trabajo, las cosas del campo y la casa. Hay tantas cosas que hacer que no queda tiempo para uno, si uno quisiera hacer ejercicio por ejemplo. En el campo hay que hacer conservas, mermeladas, criar animales. Uno está acostumbrada a tener sus cosas, hay que tener cosas dulces (galletas, kutchén) en caso que llegue visita que se note que hay una mujer en la casa.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

Que uno puede comprar las cosas que le dicen. Vende unas cosas y tiene su plata. Lo otro es que yo cocino así es que cuando quiero me cocino a parte “más sano” porque mis hermanos reclaman y no comen de esa comida. Mi cuñada y una prima que siempre me llama y se preocupan de mi.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Como una enfermedad mala, como algo malo. Yo creo que lo ven peor de lo que es. Porque yo no me siento mal, mi cuerpo funciona bien todavía.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Que estoy enferma por gorda, que sabía que mi papá me dejó esta herencia y no me cuide. Cada vez que bajo un kilo me preguntan si es la diabetes que me está consumiendo, eso me hace sentir mal. No saben todo lo que me cuesta bajar un kilo.

11. ¿Cómo ve el futuro?

No sé, prefiero no pensar en eso. Esta enfermedad es tan traicionera.

IX.-R.C.C. 66 años, casada , 3 hijos, 1 hija. Vive con su esposo. Usuaria de la posta de Tegalda, en tratamiento, dueña de casa, 8 años de escolaridad, HbA1c 11.8%, religión evangelica.

1. ¿Qué recuerda usted de la ocasión en que le dieron el diagnóstico de diabetes?

Cuando el doctor me dijo lo primero que pensé es que el Señor nos había unido en la enfermedad con mi esposo, por que el también es diabético de hace muchos años incluso perdió un dedo del pie por la enfermedad. Ahora nos vamos a cuidar uno al otro porque es la voluntad del Señor.

2. ¿Recuerda cuál fue su primer pensamiento o sentimiento?

Que íbamos a cargar la misma cruz con mi esposo. Que esto es una prueba más que nos pone el Señor en nuestra vida de matrimonio. Pensé que podía ser un castigo por retar a mi esposo y no cuidarlo lo suficiente.

3. ¿Alguien le acompañó en esa ocasión? ¿Ahora alguien la acompaña a sus controles?

Sí, mi esposo siempre nos hemos acompañado más ahora que veo poco, la diabetes casi me mata, pero mi Señor me salvo él hace milagros cuando uno tiene fe, así obro en mi.

4. ¿Tiene algún inconveniente para asistir a sus controles? ¿Cuáles?

No, vengo con mi esposo. Yo ya no salgo sola, me da miedo. Porque a veces me mareo, me viene una debilidad, esta enfermedad ataca de forma silenciosa.

5. ¿Su familia conoce el manejo de su enfermedad?

Sí, mi esposo también es diabético, la familia nos llama por teléfono que nos cuidemos. Pero uno se cuida lo que puede, porque se vive hasta cuando el Señor diga, el es el que da la vida. Uno no saca nada con cuidarse si no tiene fe, el Señor hace milagros cuando uno tiene fe en él.

6. ¿Qué ha significado para usted esta enfermedad?

Una prueba del Señor para ver mi fe, porque si en la vida fueran puras cosas buenas la fe no tendría valor. El señor sabe lo que hace y hay que ponerse en sus manos.

7. ¿Qué siente usted que le dificulta u obstaculiza en el seguimiento de su tratamiento?

Yo me cuido, lo que pasa es que tantos remedios terminan por hacer mal, por eso tomo algunos no más. Y me alimento bien para que no me vaya a pillar débil la enfermedad, me mantengo en mi peso, la gente delgada tampoco es sana por se enferman por cualquier cosa.

8. ¿Y qué siente que le facilita seguir las indicaciones del tratamiento?

La oración de los hermanos, las bendiciones. Los hermanos de la iglesia siempre están preocupados como mi esposo es el pastor. Nos traen cualquier cosa del campo fruta, huevos, papas. Siempre están preocupados preguntando cómo estamos.

9. ¿Qué cree usted que piensan los demás de la diabetes?

Que es una enfermedad grave, que es una prueba grande que el Señor puso en mi camino, para ver hasta donde tiene uno fe. Algunas personas no creen que es la enfermedad, a veces uno anda medio borracha, desganada, se siente débil, incluso uno no tiene ánimo de responderle a su esposo en la intimidad.

10. ¿Cómo cree usted que ven los demás el hecho que usted sea diabética?

Como un testimonio de fe. Es una prueba, un obstáculo para probar mi fuerza y hasta donde llega mi fe. Hay gente que no lo entiende así y sufre mucho. Se cuidan, pero igual se enferman. Si el Señor quiere que se enfermen se van a enfermar igual o si el Señor quiere sanarlos. Hay personas que no creen cuando uno anda mal, pero son pruebas que pone el Señor.

11. ¿Cómo ve el futuro?

Estoy tranquila, porque al final del camino estará el Señor para recibir a sus hijos.