

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

**Atribución Social: estilos de vida y estrategias de
enfrentamiento de las personas con Diabetes
mellitus tipo 2**

TESIS

**Presentada para obtener el título de:
Maestra en Psicología Social**

**Presenta:
Martha García González**

**Asesor:
Mtro. Nicolás Martínez Villaseñor**

**Lectores:
Dr. Abraham Quiroz Palacios
Mtro. Juan Manuel Morales Juárez**

Noviembre, 2015

En memoria de mis padres

Agradecimientos

Al Dr. Abraham Quiroz, por su apoyo y facilidades para mi permanencia en la Maestría.

Al CECACVI - FE - BUAP, por todas las facilidades en el desarrollo de esta tesis.

A los participantes de esta investigación, por su disposición y tiempo para compartir sus experiencias abiertamente.

A mi amigo y director de tesis, Mtro. Nicolás Martínez Villaseñor, quien con su experiencia, acompañamiento, y motivación, aportó elementos importantes para la superación de los obstáculos en el desarrollo y culminación de ésta investigación.

A mis hermanas y hermanos: Julieta, Margarita, Faustino, y Enrique. Compañeros entrañables de la infancia, y testigos respetuosos de mi de formación.

A mis sobrinas y sobrinos: J. Emmanuel, D. Adriana, L. Enrique, C. Yahir, J. Carlos, Santiago, Ángel, y Lucía. Por dar luz y alegría a mi vida y ser fuente de motivación en todo momento.

A Anahi De los Santos, por saber ser amiga y hermana, por su motivación constante para la superación de obstáculos, por su apoyo incondicional, y acompañamiento en todo este proceso. Así como a su familia, de quienes he recibido apoyo y acompañamiento genuino.

A Aurora Martínez, por compartir su sabiduría y paz en todo momento. A Ilse, y Paty por contagiarme de su alegría, por su compañía en las jornadas de trabajo, y por el apoyo que sin saber me han brindado.

A la Dra. Perla Del Carpio, por su disposición para leerme y por sus comentarios pertinentes.

A todas aquellas personas que de alguna manera estuvieron presente en el transcurso de mi formación e investigación, aportando con detalles cotidianos, elementos tangibles e intangibles para la motivación, constancia, y culminación de esta etapa.

Contenido

INTRODUCCIÓN	6
I. RELEVANCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
Población de estudio	10
Objetivos.....	12
Hipótesis de trabajo.....	13
II. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA	13
Cognición social.....	13
La noción de sentido común	14
Ideología y psicología cotidiana	15
Atribución causal y modelos de atribución.....	17
Fritz Heider: Análisis ingenuo de la acción	18
Tabla 1 Principales Modelos de Atribución.....	19
El carácter social de la atribución.....	20
Atribución social.....	22
La dimensión cultural de la enfermedad	24
Modelo de creencias en salud – enfermedad : Sistema de ayuda médica de Freidson	25
Características del modelo de Freidson.....	27
Comunidad y grupo familiar	28
Afrontamiento.....	30
III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	32
Estado del Arte.....	32
Perspectiva metodológica	34
Muestra	34
Procedimientos para la construcción de la muestra	35
Características sociodemográficas de la población de estudio.....	35
Tabla 2 Información sociodemográfica Grupo 1	35
Tabla 3 Información sobre la enfermedad Grupo 1.....	35
Tabla 4 Información sociodemográfica Grupo 2	36
Instrumentos para el acopio de información	36
Ficha técnica	36
Entrevista semiestructurada	36
Análisis de la información. Teoría Fundamentada y Análisis de Contenido	37
Tabla 5 Descripción de los métodos de análisis: teoría fundamentada, y análisis de contenido.....	37
Presentación de resultados	41
Desarrollo del análisis de los resultados	43

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	44
Figura 1 Red Atribución Social Grupo 1.....	44
Figura 2 Red Atribución Social Grupo 2.....	45
Sistema de creencias en la explicación de la enfermedad: variedad de causas.....	46
Contexto Ideológico – cultural: conocimientos compartidos y tratamientos.....	50
Grupos sociales: pertenencia y referencia.....	55
Tipos de atención y relación sanitaria.....	61
Complicaciones relacionadas con el estilo de vida estructurado, y la reestructuración a partir de la enfermedad	64
Estrategias de afrontamiento: opción por el tratamiento médico – educativo; religión; comunicación.....	67
Experiencia personal de la diabetes	68
V. CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS.....	75
ANEXOS	
Anexo 1.....	78
Anexo 2.....	79
Anexo 3.....	80
Anexo 4.....	82
Anexo 5 Características sociodemográficas Grupo 1.....	83
Anexo 6 Características sociodemográficas Grupo 2	89
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1 Principales Modelos de Atribución.....	19
Tabla 2 Información sociodemográfica Grupo 1	35
Tabla 3 Información sobre la enfermedad Grupo 1.....	35
Tabla 4 Información sociodemográfica Grupo 2	36
Tabla 6 Categorización Grupo 1	93
Tabla 7 Saturación de categorías Grupo 1	101
Tabla 8 Categorización Grupo 2	106
Tabla 9 Saturación de categorías Grupo 2	115

INTRODUCCIÓN

Una de las principales enfermedades que actualmente afectan la salud a nivel mundial, es la Diabetes Mellitus. Definida por la Federación Internacional de Diabetes, como una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina¹ o de utilizarla con eficacia.

Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.

De esta afección, se desprenden algunas clasificaciones, entre las principales encontramos: Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, y diabetes gestacional. Sin embargo, la más común debido a sus características e incidencia, es la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) misma que será objeto de estudio en esta investigación.

Así pues, la DM2, suele aparecer en adultos, aunque actualmente se han encontrado casos en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando con ello, una acumulación de glucosa en la sangre.

Por otra parte, las personas con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas graves de salud si permanecen en niveles altos de glucemia, causando enfermedades que afectarán al corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Así como un mayor riesgo de desarrollar infecciones.

Aunque las razones para desarrollar diabetes tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores asociados de riesgo importantes, tales como: obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, origen étnico, y nutrición inadecuada durante el embarazo.

Con todo esto, la problemática radica en que, a pesar del alto grado de prevención o retraso en el desarrollo de esta enfermedad, orientado principalmente a cuidados básicos en la alimentación, actividad física regular y modificación en el estilo de vida, los casos a nivel mundial aumentan considerablemente.

¹ La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos.

Así pues, podemos considerar que nos encontramos ante un fenómeno que requiere ser estudiado desde un enfoque multidisciplinario, y en el que la Psicología Social juega un papel muy importante en el análisis de aquellos factores psicosociales que obstaculizan el desarrollo de una cultura de prevención en nuestra sociedad; así como en la modificación de los estilos de vida, y la adherencia al tratamiento por parte de las personas diagnosticadas con DM2.

Bajo este marco, se encuentra plenamente justificada la presente tesis de investigación, la cual tiene como objetivo: Identificar la Atribución Social de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) de un grupo de personas de la Junta Auxiliar de San Andrés Azumiatla, Puebla, que padecen dicha enfermedad, y su influencia en la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

Para el logro de dicho objetivo, se ha llevado a cabo una serie de pasos sistematizados en el desarrollo de la investigación. Por lo tanto, el contenido de esta tesis se expone en cinco capítulos. En el capítulo I. *Relevancia del problema de investigación*, se presenta una descripción detallada del fenómeno, de un nivel general a un particular; así como las características de la población de estudio; los objetivos: general y específicos; y el planteamiento de una hipótesis de trabajo.

En el capítulo II. *Construcción teórica del problema*, se desarrollan las bases teóricas que dan sustento al fenómeno investigado, con todos los componentes teóricos implicados para su estudio.

En el capítulo III. *Metodología*, se presenta la perspectiva metodológica implementada para el logro de los objetivos, la descripción y construcción de la muestra, las técnicas de acopio de información, así como el método de análisis implementado.

En el capítulo IV. *Presentación y análisis de los resultados*, se dan a conocer los elementos encontrados en esta problemática, pero que implican sólo un eslabón de este amplio fenómeno.

Y finalmente, en el capítulo V. *Conclusiones*, se desarrollan las conclusiones generales, formuladas a partir de la articulación con los elementos encontrados en el proceso de investigación, desarrollados en el presente documento.

I. RELEVANCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los cambios en los estilos de vida, como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización (Secretaría de Salud, 2001) tales como la alimentación (comida rápida, uso de transgénicos, la sustitución del consumo ordinario por la comida chatarra, bebidas endulzantes, etc.) la falta de actividad física regular, el uso de la tecnología doméstica (microondas) y audiovisual (tv, computadora y telefonía celular) determinan un estilo de vida sedentario, y todo ello, ha contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyan actualmente una de las principales preocupaciones para las autoridades sanitarias y la población a nivel mundial.

Ante estos factores, las estadísticas revelan que la situación avanza a un ritmo acelerado a pesar de las estrategias, sugerencias y programas de promoción, prevención y atención, implementados por organismos internacionales y políticas públicas, tales como la Federación Internacional de Diabetes (FID), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Plan Nacional de Desarrollo de México (2007-2012), respectivamente, con los que se ha proporcionado una basta cantidad de información acerca de las causas, factores de riesgo, prevención y atención ante el diagnóstico de los principales padecimientos que aquejan a la población, poniendo énfasis en la Diabetes. Esta situación nos hace cuestionarnos acerca de las razones por las cuales dichos programas han sido faltos de eficacia para contrarrestar este fenómeno de salud pública.

En este sentido, a través de la presente tesis pondremos particular atención a la *Diabetes Mellitus Tipo 2*, debido a que es uno de los problemas de salud que recientemente se ha extendido en nuestro país y reconocido por la Organización Mundial de la Salud (2012) como una amenaza mundial, a pesar de la alta posibilidad de prevención con que cuenta, la cual está enfocada en cambios y cuidados básicos en el estilo de vida, tales como: alimentación, actividad física regular, y relaciones interpersonales adecuadas.

Así pues, tomando en cuenta que, el peso de los factores psicosociales juega un papel determinante en la construcción de aquellos comportamientos y estilos de la vida en un determinado grupo, será a partir de estos, que se indagará la forma en que las personas

hacen atribuciones acerca de la enfermedad, y la manera en que éstas influyen en la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento, tomando como marco de referencia el contexto sociocultural, así como la relación que esta población establece con el modelo biomédico con el que se ha venido trabajando.

Cabe resaltar que, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) reporta los siguientes datos: la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México; representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones; sin embargo, el incremento en actividad física, dieta adecuada y reducción de peso, disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43%, respectivamente, efecto que puede durar de 10 a 20 años. En virtud de lo anterior, son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies² (Federación Mexicana de Diabetes, 2012)

Por otra parte, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) reporta que actualmente “más de 383 millones de personas tienen diabetes; para 2030, esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones; la diabetes causó 4,8 millones de muertes en 2012; el 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios. México ocupa el sexto lugar mundial en número de personas con diabetes; cifra que está aumentando en cada país; la mitad de las muertes atribuibles a la diabetes ocurre en personas menores de 60 años; la mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad; la mitad de las personas con diabetes no son conscientes de su condición; esta enfermedad ha originado al menos 471,000 millones de dólares de gasto sanitario en 2012, el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años)”. (pp.13-16, 2013)

Un factor muy importante para el desarrollo de estas enfermedades es el sobrepeso y la obesidad, los cuales son consecuencia de los estilos de vida, y “se calcula que actualmente existen aproximadamente 1600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos en el mundo” (González, Ceballos & Mendez, 2010, párr.7).

² La NOM 015- SSA2- 2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus indica que las mediciones de HbA1c y microalbuminuria deberán realizarse una vez al año.

Estas enfermedades tienen implicaciones en todos los niveles: social, económico, familiar e individual, y representan una carga económica sumamente importante para los países afectados y al menos 80% de éstas enfermedades pueden ser evitadas mediante la construcción de prácticas de alimentación y actividad física más saludables (Op. Cit., 2013).

Ahora bien, retomando la cuestión de la falta de eficacia de los programas inicialmente mencionados y sustentada con las estadísticas expuestas, en esta tesis partimos de la hipótesis de que tal fenómeno, se debe a que el abordaje con el que han venido trabajando los sectores a los cuales se les ha asignado la responsabilidad de contrarrestar este fenómeno, ha sido desde los factores individuales y biológicos, perdiendo de vista una serie de elementos del contexto, la cultura, la ideología, las creencias, y la vida cotidiana del grupo social donde se implementan, siendo que, tales elementos, influyen en la manera en que las personas perciben y actúan ante la enfermedad, y como consecuencia, determinan el estilo de vida que construyen. Así pues, esta tesis parte de un enfoque psicosocial, con el que se pretende, no solo generar un conocimiento acerca de la atribución social de la DM2 y su influencia en la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento, sino además, orientar este conocimiento hacia el desarrollo de propuestas dirigidas al ámbito de la prevención y la atención, a partir de una práctica interdisciplinaria que asegure la efectividad de estos programas en el contexto del presente estudio.

Población de estudio

La población en la cual se desarrolla la investigación es San Andrés Azumiatla, Junta Auxiliar del Ayuntamiento de Puebla, localizada a 12km al sur de la ciudad, y cuenta con 8,509 habitantes (INEGI, 2010). Se caracteriza por ser una localidad semirural, “entendiéndose a esta como la proporción de la población que vive en localidades de 5 mil a menos de 15 mil habitantes. Esta población está en un proceso de transición ya que sus actividades oscilan entre el ámbito rural y el urbano y la cercanía de la capital del estado ejerce gran presión para abandonar las actividades del campo por las de la ciudad”. (H. Ayuntamiento de Puebla, 2011, Pag.8) Otra de las características consiste en que una parte de la población se dedica a labores agrícolas y campesinas, pero también se ha desarrollado

un flujo de migración interna constante a la ciudad de Puebla, donde las personas buscan otros oficios, principalmente relacionados con la industria de la construcción.

Otra de las características de esta población, es que se encuentra permeada por los estilos de vida externos a su comunidad como consecuencia de la población migrante a Estados Unidos; por otra parte, el 28.7% de la población de 15 años en adelante, es analfabeta; y el 27.98% de los adultos hablan lengua indígena (náhuatl) (INEGI, 2010).

El nivel socioeconómico es bajo, y los servicios de salud que se ofrecen a la población son: El Centro de Salud, que es parte del Centro Integrador de Servicios (SIS, 2014) y, un Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida, por parte de la Facultad de Enfermería de la BUAP (CECACVI – FE – BUAP), el cual implementa un programa de Enfermería Comunitaria. Respecto a estos servicios, cabe destacar, que del total de la población sólo 566 personas cuentan con derechohabiencia en alguna las principales instituciones de salud (ídem, 2010). Además se realiza la práctica privada de atención a la salud.

Es en colaboración con el CECACVI–FE–BUAP que se desarrolla esta investigación, debido a que trabaja con un grupo de personas denominado “Club de Diabéticos”, que funciona bajo la modalidad de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y que tiene como objetivo: promover, educar y concientizar, sobre la importancia de los cuidados en diabetes, a partir de diferentes esferas, de manera que la atención e intervención, sea personalizada y multidisciplinaria. Este grupo está integrado por 46 personas que reciben un tratamiento integral de la enfermedad: educativo-farmacológico, a través de diversos procesos de enfermería que se implementan de forma gradual. Cada paciente atendido bajo esta modalidad, recibe atención cada 15 días, donde se revisan los niveles de glucemia, peso, talla, y signos vitales. Se organizan jornadas de salud, en las que se abordan temas referentes a los cuidados y complicaciones de la enfermedad, y se programan de manera eventual (una vez por mes).

Cabe destacar, que el total de las personas registradas con diagnóstico de DM2 por parte del CECACVI, es de 138 personas (Base de Datos CECACVI, 2013), lo cual implica una proporción considerable si tomamos en cuenta que el número de adultos entre 4064 años es de 979 (ídem, 2010).

Ahora bien, el interés por trabajar con esta población, surgió de la relación establecida con el Club de diabetes, a través de la necesidad explícita por parte de los responsables del centro, de diseñar prácticas y asesorías psicológicas, las cuales fueron programadas por la licenciatura en Psicología de la BUAP. De dicha intervención se identificó que coexisten dos conocimientos: uno basado en las creencias culturales, y las experiencias personales y grupales de la población de estudio; y otro derivado de la información biomédica que proporciona el personal de salud existente en la comunidad, además de los médicos privados. Por lo que ante esta variedad, no existe una estrategia educativa sistematizada e integral, que incida en la modificación de los estilos de vida de la población. En este sentido, el interés por identificar las explicaciones causales de la población para caracterizar la diabetes, están directamente relacionadas con los grupos de pertenencia y de referencia fuertemente ligados a estas culturas. En este aspecto, nos estamos refiriendo a una categoría psicosocial que nos permite conocer las explicaciones, su relación con la cultura, y su expresión en formas de comportamiento, es decir, la Atribución Social.

Por lo anteriormente expuesto, los objetivos de investigación son los siguientes:

Objetivos

General

Identificar la Atribución Social de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) de un grupo de personas pertenecientes a la Junta Auxiliar de San Andrés Azumiatla, del Municipio de Puebla que padecen esta enfermedad, y su influencia en la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

Específicos

- Identificar los significados de salud y enfermedad y su influencia en las explicaciones que la población de estudio le otorga a la DM2.
- Conocer los estilos de vida de las personas diagnosticadas con DM2, y la determinación de la calidad de vida, valorada por la población de estudio.
- Identificar el contexto ideológico cultural, y su relación con las atribuciones de la diabetes, de la misma población.

- Identificar la relación que la población de estudio establece con sus grupos de referencia y pertenencia, y de qué manera esto contribuye a la construcción de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.
- Conocer la relación que establece la población de estudio con el modelo biomédico, y la influencia de esta en la adherencia o desapego al tratamiento médico.

Hipótesis de trabajo

La atribución social de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), así como las relaciones interculturales de las personas de San Andrés Azumiatla, Puebla, contribuyen a la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

II. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA

Cognición social

En el ámbito de la Psicología Social, es necesario esclarecer las siguientes preguntas: cómo conocemos, cómo explicamos, y cómo interactuamos en la cotidianeidad.

Así pues, Fischer (1992) realiza una serie de planteamientos para dar explicación a la forma en que las personas construyen el conocimiento, a partir de la interacción. Lo que se conoce como: *cognición social*, la cual “se refiere a los mecanismos psicosociales de nuestro conocimiento social. Conciernen a nuestra forma de comprender y de juzgar las opiniones de otros y las nuestras, nuestro modo de explicar lo que nos sucede o los acontecimientos del mundo exterior. Parte de que la manera en que conformamos nuestras ideas, es decir, lo que pensamos de los acontecimientos y de los individuos, constituye la base de nuestro comportamiento social y de nuestras reacciones frente a las diversas situaciones”. (p. 63)

La razón por la cual partimos de este enfoque, es debido a la naturaleza de este estudio, en el que se considera indispensable el análisis de los mecanismos psicosociales que intervienen en el modo en que los individuos comprenden, juzgan, procesan y evalúan los

acontecimientos, fenómenos, conductas, comportamientos y actitudes propios y de su contexto y de la vida cotidiana.

Cabe aclarar en este punto inicial, que el fundamento de esta tesis, no se encuentra en los factores individuales que intervienen en la explicación de los fenómenos sociales, sino precisamente, en la identificación de los elementos del contexto que influyen en la elaboración de éstas.

La noción de sentido común

Uno de los elementos importantes que se requiere indagar respecto a *este modo de pensar* del contexto en el que se desarrolla la investigación, es el de *sentido común*. Fischer (1992) nos dice al respecto: “es un tipo particular de conocimiento utilizado por todo el mundo y que funciona sobre la base de las imágenes y de los mecanismos mentales que se ponen en acción en la vida cotidiana para aprender, comprender y explicar lo que nos sucede (p.66). Moscovici & Hewstone (1983) definen el sentido común de la siguiente manera: “Un *corpus* de conocimiento fundado en tradiciones compartidas y enriquecido por millares de “observaciones” y de “experiencias” sancionadas por la práctica. Las cosas reciben allí nombres, los individuos son clasificados en categorías”. En (Fisher, 1992. p. 66)

La importancia de tener presente el sentido común en esta investigación, se encuentra en la relación que guarda con el contexto en que se construye, en este caso, la comunidad, en la cual surge una forma de conocimiento específico de acuerdo a las características que aquí se comparte y reproducen, y que son por lo tanto, válidas sólo en este grupo. Así pues, los significados que ahí se construyen, se van incorporando por medio de la observación permanente; se aprenden y comparten a partir de las experiencias, la cultura, los hábitos, y las tradiciones. De tal forma, que las explicaciones que otorgan a ciertos acontecimientos, es exclusiva del contexto en el que surgen. Por lo tanto, será necesario, conocer todos los elementos que están involucrados en la construcción de la explicación de la enfermedad, y que pasan a formar parte del sentido común de la población del presente estudio.

Por otra parte, “la noción de sentido común permite mostrar que lo que prevalece en todo conocimiento social son las significaciones atribuidas a las cosas; pero éstas no se hallan directamente determinadas por la información que se nos proporciona sobre las personas, sino por unas actitudes de base que han sido conformadas a lo largo de nuestra

historia por el universo de valores en el que hemos estado sumidos y que ha generado nuestro modo de ver el mundo” (idem, pp.66-67).

Por tanto, en esta tesis el sentido común juega un papel importante debido a que a través de éste, podemos encontrar bajo qué elementos se construye el conocimiento que comparte y utiliza la población de estudio, para dar explicación a los acontecimientos de la vida cotidiana, y por ende, al comportamiento que establecen ante los fenómenos que surgen, en este caso, la presencia de la Diabetes.

Ideología y psicología cotidiana

El siguiente elemento conceptual dentro del campo de la cognición social tiene que ver con el modo en que las personas explican los fenómenos o acontecimientos, y que guarda relación con la construcción del sentido común descrita anteriormente. Esto es, *la psicología cotidiana*, desarrollada por Beauvois (1984) quien la define como: “un concepto que designa una explicación de las conductas (de uno mismo y de los demás) basada en una psicología ingenua ejercida por el hombre banal en su existencia social (...) considera que el recurso permanente a esta psicología cotidiana puede ser interpretado como un proceso ideológico que, al producir un modo de ver las cosas conforme a las situaciones en las que se encuentra, se asegura al mismo tiempo la perennidad”. En Fisher (1992, p. 67).

Con este concepto se pretende destacar un elemento de gran peso en la construcción de las explicaciones de los fenómenos sociales, la *ideología*, la cual DeGovia & Fernández (1978) definen como, “la concepción sistemática que los miembros tienen de su grupo. La ideología debe comprenderse como reflejo de la conducta, de la actividad del propio grupo a través de su historia, organizada en modelos o patrones conceptuales explícitos o implícitos que son compartidos por todos o la mayoría de sus miembros” (pp. 53-54).

Cada grupo, construye una ideología, misma, que encierra una serie de fenómenos psicosociales que surgen en la dinámica de la interacción, tales como, creencias, valores, normas, status, sentido de pertenencia, y todo ello va integrándose en un *corpus de conocimiento* (Beauvois, 1984) que después es utilizado para ofrecer una explicación de los acontecimientos de la vida cotidiana.

La anterior definición destaca la importancia del estudio de los fenómenos psicosociales que surgen dentro del grupo social, y que habrá que tomar en cuenta en

relación a la enfermedad. Se destaca el carácter histórico y dinámico que habrá que considerar, en la construcción de los procesos explicativos y conductuales, así como las características que conforman la construcción de una ideología, es decir, los valores, creencias, normas, estatus, etc., de manera que esto nos permita identificar las condiciones sociales implicadas en la construcción de las explicaciones, y por ende, el establecimiento de conductas específicas ante los fenómenos.

Atribución causal y modelos de atribución.

La teoría de la atribución, cuenta con un gran antecedente teórico, son muchos los planteamientos que se han elaborado desde esta perspectiva. Por tal motivo, aquí se mencionarán solo los conceptos básicos que la conforman.

Retomaremos pues, la definición que Hewstone & Antaki (1988) hacen acerca de la *Atribución causal* quienes plantean lo siguiente: “se entiende que las atribuciones causales son las explicaciones cotidianas y de sentido común que las personas elaboran para explicar su medio en términos de causas y efectos de determinados hechos o eventos. Esto es, las personas analizan la información a la que tienen acceso para tratar de explicar y controlar su entorno”. Citado en Álvarez (2002, p. 45)

En este sentido, Echevarría & Valencia, mencionan que la atribución se puede generar a partir de los siguientes elementos: 1) (la) *aparición de sucesos inesperados*; 2) *resultados negativos de una acción para uno mismo o para los demás* y 3) *motivación para controlar el ambiente*. Citado en Echebarría (1991, p. 139)

Con esta definición, y de acuerdo a las condiciones que se deben cumplir para generar un proceso atribucional, la teoría nos permite tener presente que las personas inician un proceso de formulación de explicaciones que le permitan controlar su entorno, en el momento en que se produce un suceso inesperado, en este caso la enfermedad, y que tal suceso puede presentar las siguientes características: es impactante, esto es, que produce una alteración en el estilo de vida de las personas, así como el de su medio; es inesperado; es relevante; genera descontrol del medio; es un resultado de prácticas, actitudes o comportamientos negativos, los cuales serán definidos de acuerdo a su cultura, creencias y valores. Hasta aquí, la teoría de la atribución causal, permite sistematizar los mecanismos con los que una persona responde ante los fenómenos que surgen en su vida cotidiana, y las características que pudieran encontrarse en la búsqueda y construcción de explicaciones que les permitan reajustar sus vidas de acuerdo a las nuevas condiciones de la situación presentada, en este caso, la presencia de una enfermedad crónica, la cual demanda nuevas actitudes, un nuevo estilo de vida, y por tanto, estrategias de afrontamiento novedosas.

Desde este punto de vista, la teoría de la atribución se ha visto enriquecida por el desarrollo de modelos teóricos que permiten entender varias de sus dimensiones, tomando en consideración el planteamiento fundacional de Fritz Heider.

Fritz Heider: Análisis ingenuo de la acción

Heider (1958) tomó de la sociología lo que se denominó orientación fenomenológica, aplicándolos a la psicología social. Uno de los puntos clave que toma, es su objeto de estudio, el cual se centraba en la *vida cotidiana*. Desde esta perspectiva Heider intentó analizar el sentido común, sobre el cual menciona que “la asunción fundamental es que una persona ordinaria tiene un profundo conocimiento de sí misma y sobre los otros” (Echevarría y Villarreal. En Echevarría, 1991, p.119) . Además nos dice que este conocimiento de sentido común no es un conocimiento formulado explícitamente pero que, en cambio, es utilizado cotidianamente para realizar predicciones y ajustar la conducta en la vida.

Para Heider, el conocimiento de sentido común tiene los mismos objetivos que el conocimiento científico: predecir y explicar la realidad. Y afirma que la forma de analizar el conocimiento de sentido común es a través del análisis del lenguaje. Ahora bien, según Heider (1958) el lenguaje cotidiano suele ser ambiguo y no sistemático, por lo que va a intentar analizar el lenguaje de forma conceptual.

Podemos retomar de este planteamiento, la importancia que adquiere el conocimiento de sentido común construido en el marco de la vida cotidiana, ya que aquí se contemplan las creencias que las personas usan en la construcción de las explicaciones. Así como la importancia de que este conocimiento sea analizado para su sistematización, a partir del discurso. Estos son algunos de los recursos que sustentan el modelo teórico y posteriormente metodológico sobre el que girará la investigación. Es decir, la enfermedad como fenómeno, requiere estudiarse desde todos los aspectos que subyacen en la vida cotidiana, ya que es aquí donde se construyen o deconstruyen los hábitos y rutinas que las personas establecen, de acuerdo al grupo o grupos de pertenencia y referencia (familiares, vecinales, políticos, etc.) y por ende, es en estos sectores en los que deben impactar las estrategias que se pretendan implementar para contrarrestar las problemáticas que surgen de dicho fenómeno.

Cabe mencionar, que el modelo propuesto por Heider es el más relevante dentro de la teoría de la atribución, y a partir de este, se desarrollaron las siguientes propuestas teóricas: el modelo de Inferencias correspondientes propuesto por Jones & Davis; el modelo de Covariación o de la ANOVA desarrollado por Kelley; y el modelo atribucional de Weiner. Los cuales coinciden en la importancia del estudio de la vida cotidiana para la explicación de los fenómenos. Para tener una idea general de lo que proponen estas perspectivas teóricas, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1 Principales Modelos de Atribución

Modelo	Autor	Planteamiento
Análisis ingenuo de la acción	Fritz Heider (1958)	El conocimiento de sentido común tiene los mismos objetivos que el conocimiento científico: predecir y explicar la realidad. Pretende analizar cómo los sujetos atribuyen a distintos factores las consecuencias que se derivan de las conductas de los demás y de las propias. (Echebarria, 1991, p.120)
Inferencias correspondientes	Jones & Davis (1965)	La finalidad del proceso atributivo es deducir que el comportamiento observado y la intención que lo produce se corresponden con ciertas cualidades estables subyacentes en la persona o actor. <<construir una teoría capaz de explicar sistemáticamente las inferencias de un perceptor acerca de lo que un actor pretende conseguir con una acción concreta>> (Jones y David, pág.222) En (Hewstone 1992, pp. 37)
Covariación o ANOVA	Kelly (1967)	El propósito del perceptor, como el del científico, es distinguir qué efectos son atribuibles a qué factores entre los varios posibles.
Modelo atribucional	Weiner (1986)	Plantea la existencia de una taxonomía de causas que especifica sus propiedades subyacentes en función de tres dimensiones: lugar (locus de control interno-externo); estabilidad-inestabilidad; y controlabilidad-incontrabilidad.

Fuente: Elaboración propia basada en revisión documental.

Con los planteamientos anteriores se intentó desarrollar un mecanismo que permitiera explicar el comportamiento que las personas adoptan en situaciones o acontecimientos específicos, de manera que esto permita a un observador, establecer patrones para predecir conductas posteriores en respuesta al mismo fenómeno.

Por tanto, creemos que existen algunas limitaciones de los modelos antes descritos, principalmente porque se encuentran enfocados en la explicación de las conductas de actores individuales, por tal motivo, surgieron nuevos planteamientos que intentaban establecer un mayor alcance en el estudio de los fenómenos, tal es el caso de las aproximaciones propuestas en Hewstone (1992) donde desarrolla los distintos niveles por los que ha pasado el estudio de la atribución: atribución intrapersonal, atribución interpersonal, atribución intergrupal, y atribución societal. Retomaremos pues de aquí, la propuesta del estudio de las explicaciones desde el nivel intergrupal, es decir, tomando en cuenta los factores del contexto, y de los grupos a los que pertenece, lo cual influye en mayor o menor medida a que cierto sujeto emita una explicación de los fenómenos relevantes de su entorno. En seguida se describirán algunas de las características que dieron paso a dicho enfoque.

El carácter social de la atribución

Como se ha observado en las formulaciones clásicas de la atribución de causalidad, estas se han centrado en los procesos por los que un observador individual formula juicios sobre las causas de las conductas de un actor también individual. En términos de la taxonomía descriptiva formulada por Doise (1982), “el nivel de análisis es interpersonal a lo sumo, cuando no intrapersonal, como en el caso del estudio de los heurísticos y sesgos de atribución” (En Echebarria, 1991, p.150), los cuales eran interpretados en términos motivacionales, como la defensa de la auto-imagen.

Desde el punto de vista de Doise (En Echebarría, 1991 p.p.149-150), algunas de las críticas que dieron paso a la necesidad de dirigir los estudios hacia los factores intergrupales, y con ello a la Atribución, le ponen el adjetivo de social, permitió formular las siguientes observaciones:

- Los autores clásicos consideran como errores o sesgos a toda forma de pensamiento social que no se ajuste a la lógica formal, con lo que se afirmaría que existen leyes

que rigen el pensamiento social, y tal afirmación se contradice con el planteamiento de los autores de la atribución social, en cuanto a la influencia del contexto en la construcción del conocimiento y las explicaciones causales.

- Se ha cuestionado el modelo de Kelley, por considerar que una motivación de la vida cotidiana sea la búsqueda de la verdad o la objetividad. Los autores de la atribución social nos dicen que en la vida cotidiana los motivos que rigen los procesos de atribución son muy diferentes y no siempre llevan a la búsqueda de la verdad. Destacan la defensa de la identidad grupal y la aprobación social, estas dos motivaciones conducen a menudo a que el sujeto acepte como cierta una explicación falsa.
- En cuanto a la visión de los teóricos de la atribución, según la cual el sujeto utiliza como forma de pensamiento habitual la búsqueda de lazos causales entre los hechos que observa. Los autores de la atribución social plantean que los juicios causales se realizan en situaciones muy específicas y no suelen realizarse a diario. Afirman que los juicios de atribución de causalidad se emitirán sólo cuando el sujeto se encuentre con algo inesperado o ante una situación negativa muy relevante para él (Bohner, Bless, Schwartz & Strack, 1988; Pittman & Heller, 1987; Pittman & D'Agostino, 1985).
- Y una última crítica se dirige hacia el individualismo excesivo, en el que los juicios de atribución son explicados por variables exclusivamente individuales, por ejemplo, la autoestima del sujeto y la experiencia personal. Los autores de la atribución social tratan de demostrar que la atribución también tiene un origen social.

Es a partir de estos cuestionamientos basados en la necesidad de desarrollar estudios con un enfoque desde un nivel intergrupal, que surge la categoría de atribución social.

El planteamiento anterior resulta relevante para este estudio, debido a que el nivel de análisis necesario en el estudio de la enfermedad, es la interacción grupal, esto se hace evidente cuando nos damos cuenta de la problemática que suele presentarse en los sectores implicados en el fenómeno que estudiamos, cuando por ejemplo, en el momento del diagnóstico y estrategias de intervención, se descuidan las condiciones sociales de los

pacientes, es decir, sus creencias, costumbres, hábitos, valores, relaciones con su medio, etc., mismos que les permiten establecer una determinada conducta ante los eventos o acontecimientos amenazantes. Por tanto, al no tomar en cuenta todas estas condiciones, la intervención resulta ser más complicada, debido a que por una parte, los pacientes no se ajustan al tratamiento sugerido por el modelo biomédico, constituido básicamente por la prescripción médica y cambio de hábitos y rutinas; y por otra parte, la relación que se establece suele ser unidireccional, es decir, básicamente entre el personal de salud – paciente, dejando de lado el medio social que envuelve al paciente y la enfermedad.

En este sentido, la propuesta planteada, busca tomar en cuenta las categorías y elementos que están implicadas en los procesos de salud – enfermedad, tomando como base, el grupo social y el contexto sociocultural de las personas que padecen esta enfermedad.

Entonces, será necesario definir y caracterizar la atribución, haciendo énfasis en las condiciones sociales en que surge: pensamiento y contexto sociocultural.

Atribución social

Se define la atribución social de la siguiente manera: son aquellos juicios construidos por las personas, en situaciones específicas, tales como eventos, situaciones negativas o relevantes, las cuales adquieren su significancia según el grupo social de pertenencia y referencia. Esto es, los grupos a los que pertenecen o refieren las personas, influirán en la valoración de tales situaciones, lo cual significa que al variar el grupo, variarán también las explicaciones que se otorguen a determinados hechos o acontecimientos, y por lo tanto, las conductas que establezcan ante dichas situaciones, estarán también influenciadas por las condiciones del contexto.

Debido a las diversas implicaciones que contiene una enfermedad crónica, tal como la diabetes, nos damos cuenta que nos encontramos ante un fenómeno que requiere de una propuesta que abarque diversos aspectos de la realidad, tales como la cultura, los valores, las creencias, los prejuicios, el momento sociohistórico en el que se presenta, y el grupo social de referencia y pertenencia. Así como la influencia de todos estos factores en la construcción de los juicios y explicaciones que las personas ofrecen acerca de este fenómeno, siendo algunos más relevantes ante una situación como la aparición de una

enfermedad crónica. Por otra parte, el hecho mismo de contemplar todos estos elementos involucrados en la Atribución Social, dan cuenta de una teoría flexible, que permite articular un conjunto de procesos psicosociales presentes en este estudio.

Partiremos pues, de las atribuciones sociales, debido a que, a través de estas, podremos estudiar la naturaleza de los fenómenos en este contexto. De esta forma se conocerá el papel que desempeñan los factores sociales en la estructuración de la explicación de la DM2. Para este efecto, es importante mencionar que tendremos como eje rector el marco ideológico-cultural e intercultural, según la teoría de la atribución social. Tomaremos para dicho sustento, algunos autores que mencionan la importancia de tomar en cuenta el contexto. En este sentido los argumentos de Pepitone y Triandis, (1987) nos plantean que “los contenidos y procesos cognitivos están determinados en gran parte por los marcos culturales y normativos en el que se inscribe el sujeto”. (En Echebarria, 1991, p. 151)

Resaltamos aquí, la importancia que cobra el contexto sociocultural para dar sentido y explicación al modo de vida que construyen los individuos en un contexto determinado.

Por otra parte, refiriéndose a las atribuciones relacionadas al sistema social, Guimond y Palmer (1990) mencionan que, *este tipo de atribuciones, se desarrollan en el marco de la socialización ideológica*. (Ídem, 1991) por ejemplo, en el caso de la explicación que se otorga a la DM2, esta no tiene un origen individual, sino que se va construyendo y determinando en la vida cotidiana, en la interacción con el medio, y la reproducción del discurso a través de las experiencias; tales elementos van construyendo en conjunto, lo que se conoce como ideología.

Así también, coexisten otros planteamientos que sustentan la importancia de este marco ideológico-cultural, haciendo una definición de los elementos estructurantes que lo conforman, entre estos tenemos, la *distribución social de los roles* (también nombrado: *sistema de creencias normativas de género*), el cual actúa a nivel individual, determinando la elaboración de esquemas de género (Deaux & Kite, 1998; Hartman *et al.*, 1988; Feather, 1984), influyendo en los tipos de atribuciones realizadas (Ickes & Layden, 1976; Hartman *et al.*, 1988). Un segundo elemento, tomado de algunos estudios sobre psicología social aplicada al campo de la salud, es el de las creencias sobre las causas de la enfermedad y el control que el sujeto puede ejercer en el curso de esta. Se distribuyen de forma diferente en las diversas capas sociales, existiendo en las clases más bajas, creencias

más pasivas y <<derrotistas>> en torno a la misma, con una visión externa de los factores que controlan sus vidas (Cockerham, 1988).

Y un tercer elemento estructurante, es la *clase social*, la cual funciona dentro de un sistema de valores que contribuye al orden social, generando una visión del <<mundo justo>>, en el que cada uno es responsable de su situación (Feather, 1984). En Echebarría, 1991, Pp.152-156

De lo anterior, sólo se tomarán aquellos elementos que resulten más importantes para el logro de los objetivos en este estudio, tal es el caso del sistema de creencias normativas de género, debido a que a través de la identificación de este sistema de creencias, podremos conocer y analizar de qué manera impacta en cada persona la presencia de una enfermedad crónica, de acuerdo a los roles sociales que juega al momento de pertenecer a uno u otro género, así como la explicación que ofrece cada persona, según las condiciones anteriormente expuestas; por otra parte, el estudio de las creencias, es uno de los pilares sobre el que se construye el estudio de la enfermedad desde la perspectiva aquí planteada, descartando de este planteamiento, el estudio de las capas sociales, debido a que la población de estudio se encuentra en condiciones sociales similares, por tanto no es necesario una comparación.

En virtud de lo anterior, se describen a continuación, las dimensiones de la atribución social implicadas en el fenómeno de la enfermedad, en este caso la diabetes:

La dimensión cultural de la enfermedad

Es importante encuadrar el concepto de enfermedad en el marco sociocultural. Para ello, para ello retomaremos lo que algunos autores nos dicen al respecto:

“Por principio de cuentas, es preciso dejar sentado que la cultura, entendida aquí como una pauta entretejida del lenguaje y de las creencias, forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad. Una distinción conceptual importante suele hacerse en este contexto entre enfermedad y mal. Eisenberg analiza la distinción de este modo: “Los pacientes sufren ‘males’; los médicos diagnostican y tratan ‘enfermedades’... Los males son experiencias de cambios menguantes en estados de ser y en función social: las enfermedades son anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo” (Eisenberg, 1977:11). Por consiguiente,

aquí enfermedad se refiere a todos los aspectos *experienciales* de trastorno corporal que son “conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre, y la explicación de la experiencia desagradable” (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978: 252). En Fitzpatrick (1990, p.21)

Con lo anterior queremos recalcar la existencia de distinciones importantes entre las percepciones, definiciones, y explicaciones que se elaboran de un contexto a otro. Los males que sufren las personas definidos así por su contexto, pueden ser diferentes a las enfermedades que diagnostican los médicos de acuerdo a un aprendizaje particular. Y entre estas diferencias centrada en el nivel contextual, está la falta de un esquema común que permita articular el *mal* y tratamiento.

El mismo autor menciona, que: el hecho de que las atribuciones parezcan ser compartidas cultural y subculturalmente sugieren el examen de las creencias sociales como conjunto de conocimientos que suministran la base, incluso el vocabulario, de las atribuciones sociales. Existen varios constructos con los que podríamos intentar un análisis de estos conocimientos: ideologías, actitudes, creencias, etc.

Podemos ver pues, que el estudio de las enfermedades a partir del contexto sociocultural en el que surgen, no es un tema reciente; a la par al desarrollo del modelo biomédico, han surgido estos estudios que han arrojado importantes resultados, mismos que, al ser tomados en cuenta se podría evitar un mero traslado del modelo biomédico, en el que se dejan de lado las características de la población en la que se pretende intervenir. Por ello, resulta indispensable rescatar todos aquellos planteamientos que nos permitan generar nuevas propuestas, que reconozcan la importancia del carácter social y cultural del fenómeno en estudio. Uno de estos planteamientos, es el que a continuación se describe.

Modelo de creencias en salud – enfermedad : Sistema de ayuda médica de Freidson

El antecedente más próximo al modelo de creencias de Freidson, es el desarrollo investigativo de Kurt Lewin, el cual, aunque no se relaciona directamente en el campo de la salud, se relaciona con los procesos psicosociales del cambio.

El interés que surgió debido a las problemáticas presentadas ante las conductas hacia la enfermedad, tales como la falta de adherencia al tratamiento médico, los cambios de

hábitos y la falta de prevención por parte de la población, generó una serie de estudios enfocados a la explicación de las causas de dichas conductas. Uno de los principales antecedentes, lo encontramos en Kurt Lewin, quien realizó importantes estudios enfocados al cambio social que sirvieron de base tanto para la aplicación metodológica de la investigación-acción, como para los planteamientos posteriores del Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS), específicamente, el modelo de Freidson.

Lewin toma de la Física el concepto de <<equilibrio cuasi estacionario>> para describir el estado de equilibrio inestable en que se encuentra un grupo al que tratamos de introducir cambios. Tal estado de equilibrio descansa sobre dos conjuntos de fuerzas antagónicas; unas, colectivas y conectadas con el contexto a nivel del grupo; otras, <<internas>> a nivel de los miembros individuales del grupo:

- 1) Fuerzas que actúan para mantener el funcionamiento o la conducta del grupo en un nivel dado de equilibrio. En el caso de los hábitos de alimentación, esas fuerzas serían la facilidad de preparación o el coste de los alimentos y otras similares.
- 2) Las que mantienen el comportamiento de cada individuo miembro del grupo en el nivel de equilibrio de éste: normas, creencias, valores, estereotipos y prejuicios más o menos formalizados institucionalmente.

El planteamiento de Lewin sugiere que para realizar un cambio en el grupo, hay que actuar sobre el segundo conjunto de fuerzas, y esto se comprobó a partir de ciertos experimentos, en los que, para cambiar los hábitos alimenticios de un grupo de personas, utilizó medidas educativas como conferencias, en las que intentaba reforzar la necesidad y conveniencia de los productos que quería que incluyeran en su dieta, dicha estrategia estaba basada en el primer grupo de fuerzas, y los resultados mostraron cambios nulos.

Actuar conforme a la segunda línea, la adaptación individual al grupo, implicaría romper el equilibrio cuasi estacionario que bloquea el cambio grupal: la motivación social induce a los individuos a conformar su conducta con la norma y conducta del grupo. Pero ahí se ha generado un círculo vicioso: los individuos no podrían cambiar si no cambian las creencias del conjunto de sus integrantes, que precisamente desean mantener su conformidad con el grupo. Existe una situación de *bloqueo* de difícil ruptura práctica.

Lewin plantea que la manera de salir de este círculo vicioso es, <<Descongelando>> (unfreezing) la situación: basta un movimiento inconformista de algún miembro decidido o persuadido a cambiar de conducta para que los demás, deseosos de mantener la integración del grupo y no quedar <<descolgados>>, sigan sus pasos estableciendo una dinámica progresiva de movimiento hacia un *nuevo* estado de *equilibrio*, posibilitada por la participación activa de los sujetos en el proceso. Alcanzando ese nuevo equilibrio, es preciso <<recongelar>> (refreeze) y fortalecer ese nuevo estado para no recaer en estados pasados.

Con esto, Lewin ha articulado un procedimiento psicosocial de cambio, en que los individuos cambian en función de sus vinculaciones sociales a la vez que el sistema social se modifica en función de las percepciones de los propios individuos, de manera que ambos – sistema e individuo – son interdependientes en el proceso de cambio. (Vidal, 2002)

De esta manera, los estudios de Lewin refuerzan la importancia del elemento sociocultural en las estrategias para la reconstrucción de los estilos de vida en un contexto determinado, impactando para ello en las normas, valores y creencias propias del conjunto, y dejando un poco de lado las intervenciones a nivel individual.

Características del modelo de Freidson

Pasaremos ahora, a la definición de los modelos teóricos que nos ayudarán a construir una explicación teórica de la conducta ante la enfermedad. Empezaremos por el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS), el cual ha sido criticado principalmente por su nivel de abstracción pero que sigue vigente hasta la fecha y que nos será útil en la medida en que se incorpore con otros modelos. Para este efecto, se definirá el modelo de *Freidson y los sistemas comunes de búsqueda de ayuda médica*, y los enfoques que explican los factores que influyen en la conducta ante la enfermedad planteados por McKinlay.

Este modelo de *Freidson y los sistemas comunes de búsqueda de ayuda médica*, enfatiza que las pautas de conducta apropiadas se “aprenden” por medio de la socialización en el seno de culturas y subculturas particulares. Freidson arguye que los actos de los individuos son explicables únicamente por el significado que los individuos les atribuyen, y que estos significados se transmiten culturalmente:

“en el proceso de atribuir significado a su experiencia, el paciente individual no inventa los significados, sino más bien usa los significados y las interpretaciones que su vida social ha dado. Por ello, es posible predecir la conducta de un conjunto de individuos sin hacer referencia a sus características individuales sino refiriéndose únicamente al contexto de la vida social en que participan”. (Freidson, 1970. Pp.288-289). (En Ray Fitzpatrick, 1990, p.49)

Como podemos ver el planteamiento central del modelo de Freidson para la búsqueda de ayuda médica, es: la sanción por parte de la cultura (familia, vecinos, personas de confianza) respecto a la interpretación de los signos y síntomas relacionados con la enfermedad.

En este sentido, las creencias, son ideas y prácticas generalizadas que se basan en la tradición y se aceptan regularmente en forma acrítica por los miembros de un grupo, comunidad o sociedad, debido a que se interpretan como correctas; asimismo las prácticas derivadas de las mismas son vistas como adecuadas para hacer frente al fenómeno de la enfermedad” (Álvarez, J., 2002. p. 14)

Cabe mencionar entonces, que al tratar con el modelo de creencias de salud – enfermedad, específicamente, el modelo de Freidson, debemos aludir a la forma en que han ido evolucionando las creencias y valores en determinado contexto, de acuerdo a los cambios en la vida social, política y cultural. De manera que esto nos permita contar con fuertes bases y herramientas para ofrecer una perspectiva más amplia del fenómeno, y con ello construir interdisciplinariamente, estrategias más pertinentes en el grupo social que las requiera. Esto no significa que los resultados de este estudio tenga un impacto en un sector general, todo lo contrario, si hablamos de considerar las creencias de un grupo social determinado, estamos también estableciendo que, el conocimiento que se pueda producir, será propio de esta población, y los resultados o propuestas estarán determinados también por las características de este grupo.

Comunidad y grupo familiar

Es necesario esclarecer el concepto de comunidad, ya que es este el escenario en el que nos insertamos en la identificación de la atribución social de la enfermedad. Dicho

concepto, ha tomado diversas perspectivas en la construcción de su significado, por lo que tomaremos aquél que encierre los aspectos más amplios en el marco de la psicología social, siendo el de Cruz y Aguilar (2002) quienes definen a la comunidad de manera dinámica e histórica, en los siguientes términos:

“Una comunidad es una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un pensamiento de pertenencia o identificación con algún símbolo social; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo”. (Cruz & Aguilar, 2002, p. 45)

En este sentido, el escenario denominado, comunidad, permite ubicar el conjunto de significados que la propia población tiene, no solamente de la salud, sino también de la enfermedad, así como sus causas, y los tratamientos al respecto. De tal manera, que la dimensión comunal (cultura e ideología), regulan socialmente el comportamiento de la población, en este caso, en el campo de la salud y de la enfermedad. Lo anterior, no está exento de conflictos, como hemos podido observar en el trabajo de campo que realizamos en la comunidad de San Andrés Azumiatla. Obviamente nos referimos, a las divergencias sociocognitivas, entre el modelo médico y el de la medicina tradicional, lo cual configura, actitudes entre un modelo y otro, por parte de la población.

Así pues, es requisito definir, de ese conjunto de personas: cómo es que conforman esas redes estables, de qué manera establecen las vías de comunicación con sus iguales y entre agentes externos, con qué recursos, medios y servicios cuentan en la satisfacción de sus necesidades, si cuentan o no con un sentido de pertenencia a la comunidad, así como la identificación de los grupos sociales, políticos, religiosos, ideológicos, etc., a los que pertenecen, de igual forma, el reconocimiento de los principales agentes de la población, los roles que desempeñan y cómo funciona la dinámica de poder. Todo esto, nos permitirá empezar a construir una imagen del contexto actual.

Ahora bien, podemos extraer de este contexto, otro elemento de análisis específico, necesario para nuestro encuadre, este es, el grupo familiar.

Así pues, la familia representa en nuestra sociedad, un valor substancial, juega un papel importante en la toma de decisiones, es uno de los principales recursos y fuentes de comprensión y apoyo para sus integrantes, pero también puede implicar una fuente de estrés, malestar e insatisfacción. Es aquí, donde se reproduce la dinámica que se juega entre el individuo y la sociedad, y es por ello, que cobra vital importancia el estudio de este sector dentro del fenómeno de la DM2. Debido a que es aquí donde se manifiestan y construyen los estilos de vida; puede ser el principal promotor de prevención, tratamiento, y cuidados que requiere dicha enfermedad, pero también la limitante en la reconstrucción de esos estilos que se requiere para el tratamiento, y es por tanto, uno de los principales elementos que envuelve este fenómeno.

Resulta pues indispensable en este estudio, que se abarque la dinámica que se genera en estos grupos, ya que es aquí donde las personas construyen y definen el modo de vida, mismo que repercute en la conducta ante los fenómenos de la vida cotidiana; es también una fuente generadora de estrés, de la misma forma que puede ser un recurso de apoyo para el paciente; es aquí donde se desempeñan los roles más importantes de la vida social; y es la familia, la principal formadora de hábitos y conductas. Son pues muchas las razones por las que no se debe dejar de lado el estudio del grupo familiar ante un fenómeno tan amplio como lo es la enfermedad.

Afrontamiento

Uno de los elementos relevantes de esta investigación, se encuentra en la identificación de las estrategias de afrontamiento que las personas con Diabetes utilizan ante este acontecimiento en sus vidas. Es importante por lo tanto, definir dicho concepto, para lo cual retomaremos primeramente la teoría del estrés y el afrontamiento desarrollada por Lazarus (1984), este concibe el estrés como resultante de una “valoración” que el sujeto hace de un equilibrio entre sus recursos/capacidades/, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa apreciación o valoración de la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento, y su puesta

en práctica para intentar restablecer el equilibrio son las respuestas de afrontamiento. (Marín, Pastor, & López Roig, 1993)

Por otra parte, la mayoría de los investigadores definen afrontamiento, como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación. El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona.

Ahora bien, con estas definiciones nos queda claro que en el fenómeno de la DM2, pueden existir diversas etapas de acontecimientos estresantes, donde un primer caso puede ser el momento en que se presenta una situación detonante de la enfermedad, por lo que habrá que contemplar los antecedentes que dieron paso a tal situación, ya que entonces, el desarrollo de esta enfermedad podría representar una falta de recursos para manejar las situaciones estresantes en una sociedad como la nuestra, en la que día a día se generan nuevas exigencias, situaciones, o fenómenos desconocidos y que rompen con los esquemas aprendidos.

En un segundo caso, debemos tener presente los recursos que se están utilizando en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, ya que esto representa una nueva fuente de estrés, en la que se pondrán en juego diferentes estrategias de afrontamiento, de acuerdo a las nuevas condiciones presentadas. En este proceso, el apoyo social, es fundamental para el desarrollo de los recursos del individuo, integrante, o miembro del grupo familiar, o de los grupos a los que pueda pertenecer.

Por lo tanto, será importante tomar en cuenta todos los elementos del medio, para el afrontamiento de la enfermedad, que van, desde los recursos personales y materiales, hasta las redes de apoyo, las cuales pueden encontrarse en la familia, grupos religiosos, culturales, políticos, y/o sociales, y que favorecerán u obstaculizarán, la conducta que las personas establezcan ante las fuentes de estrés que se presenten ante una enfermedad crónica – degenerativa.

El esquema conceptual que hemos desarrollado anteriormente, nos ha permitido estructurar, en relación con los objetivos de la tesis, una estrategia metodológica que ha enfatizado en la significación, específicamente, en las explicaciones, situadas socialmente. Esto es, los grupos a los que pertenece la población en estudio. Tal estrategia, es la que se desarrolla en la siguiente sección.

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Estado del Arte

En esta sección, se exponen algunas observaciones de la revisión del estado del arte del tema en cuestión. El propósito de presentarlas en este punto, es resaltar estrategias metodológicas que han sido implementadas en diversas investigaciones que han abordado este tema. Tal revisión es importante, ya que de esta manera se podrá rescatar los conocimientos producidos alrededor de este fenómeno, las perspectivas y métodos utilizados, y los resultados obtenidos. Esto nos permitirá saber hasta qué punto ha avanzado la investigación sobre este tema, y con ello tener un tratamiento del fenómeno de una manera más amplia, a no replicar investigaciones, y a tener un fundamento sólido que sustente la metodología implementada.

Al realizar una revisión de las investigaciones relacionadas con el presente tema, se encontró que, la mayoría de éstas se han realizado bajo un enfoque cuantitativo. Sin embargo, sólo algunos de los instrumentos utilizados permiten estudiar la problemática desde la perspectiva de los actores sociales, lo cual trae como consecuencia, una serie de sesgos en los resultados al momento de anteponer la perspectiva e interpretación de una realidad construida exclusivamente por el investigador.

Un ejemplo de lo anterior, es el uso de cuestionarios elaborados en otros países bajo escalas independientes, y aplicados a un contexto con condiciones diferentes al lugar para el que fue diseñado dicho instrumento, con lo que sabemos, que los resultados pueden variar dependiendo de factores tales como, el momento sociohistórico, y el contexto sociocultural en el que se lleva a cabo la investigación. Por otra parte, los resultados que se obtienen con este tipo de instrumentos y metodologías, no ayudan a identificar en

profundidad, los factores socioculturales relacionados con la problemática que se estudia, ni a explicar por qué el problema sigue en aumento y a dar solución a esto. Sus resultados se orientan principalmente a ofrecer estadísticas.

También se encontraron investigaciones realizadas a partir de otras técnicas, como el grupo focal y la entrevista a profundidad, cuyos resultados permitieron conocer diversos factores implicados en la enfermedad, tales como, las creencias, los significados, las percepciones, las emociones, la actitud ante el diagnóstico, la importancia del apoyo social, la importancia de la relación con el personal sanitario, y las dificultades que se presentan a partir de un evento tal como el diagnóstico de una enfermedad crónica. Por lo cual, me atrevo a afirmar que este tipo de metodología e instrumentos cualitativos, son los más adecuados para poder explicar un fenómeno de esta naturaleza, y así mismo, llegar a conclusiones que permitan desarrollar nuevas estrategias de intervención, ya que los resultados obtenidos, permiten dar cuenta de aquellos factores sociales que obstaculizan la construcción de una cultura de prevención en el contexto de estudio.

Ahora bien, las conclusiones que se obtuvieron en algunas investigaciones de corte cualitativo, mantienen estrecha relación con la presente tesis, debido a que corroboran el planteamiento respecto a la importancia de tomar en cuenta aquellos fenómenos que surgen en la interacción social, de entre éstos destacan:

- Tener presente la realidad del contexto en el que nos encontramos al momento de diseñar programas de prevención y de intervención,
- La importancia del apoyo social y sanitario, como un recurso importante para el afrontamiento de la enfermedad,
- La necesidad de adquirir un conocimiento profundo de cada uno de los fenómenos psicosociales que surgen en las poblaciones de estudio,
- Y finalmente, la necesidad de tomar distancia (sin dejar de lado) de lo que sugiere el modelo biomédico, los organismos internacionales, y el paradigma dominante, para acercarse más a la realidad en la que nos encontramos, de manera que al final del día, podamos construir en conjunto, profesionales implicados y población, estrategias más acordes al contexto.

Estas conclusiones, sustentan la importancia del método de investigación utilizada en la Atribución social de la DM2, como un elemento importante en la identificación de los factores psicosociales involucrados en este fenómeno.

Perspectiva metodológica

De acuerdo a los objetivos de la tesis, se considera que la estrategia metodológica debe estar basada en un enfoque cualitativo, a través de la teoría fundamentada, y el uso del método comparativo. Debido a que esto, permitirá centrarnos en los actores sociales para el logro del propósito de esta investigación.

Muestra

Se constituyó una muestra de dos grupos con 5 participantes en cada uno:

El **Grupo 1**³, está conformado por personas diagnosticadas con DM2, y que asisten al “Club de diabetes” del CECACVI-FE-BUAP.

El **Grupo 2**⁴, fue conformado por personas sin diagnóstico de DM2, que asisten eventualmente a consulta en el CECACVI – FE-BUAP.

Los criterios de selección para el grupo 1, son los siguientes:

- Diagnosticadas con diabetes tipo 2
- Entre 40 y 65 años
- Tiempo de padecimiento: mínimo 1 año – máximo 20
- Con o sin complicaciones crónicas
- Género indistinto
- Pertenecientes al Club de diabéticos
- Canalizados a través del personal de salud
- Que participen de manera voluntaria en la investigación

Para el grupo 2 se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Entre 40 y 65 años
- Sin padecimiento de diabetes tipo 2

³ Los datos sociodemográficos de este grupo, se encuentran en el Anexo 5

⁴ Los datos sociodemográficos de este grupo se encuentran en el anexo 6

- Género indistinto
- Que acudan a consulta regular
- Que participen de manera voluntaria en la investigación

Procedimientos para la construcción de la muestra

La conformación del grupo 1 se realizó a través de una técnica de conveniencia, para lo cual fue necesario primeramente captarlos a través de los enfermeros responsables del Club de diabéticos, quienes seleccionaron a las personas más constantes en el Club y que cumplieran con los criterios de inclusión; posteriormente se realizó la invitación de manera personal.

La conformación del grupo 2 se llevó a cabo a través de una invitación a usuarios que acudían a consulta regular, y que cumplieran con los criterios de selección establecidos.

A continuación se presentan las características de los participantes de cada grupo.

Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 2 Información sociodemográfica Grupo 1

Grupo 1							
Datos sociodemográficos							
Sujeto	Género	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Religión	Tipo de familia
1	Mujer	50	Casada	Comerciante	Ninguna	Pentecostés	Nuclear
2	Mujer	53	Unión libre	Ama de casa	Ninguna	Católica	Extensa
3	Mujer	62	Casada	Ama de casa	Primaria (s/c)	Católica	Extensa
4	Mujer	56	Casada	Ninguna	Ninguna	Pentecostés	Esposo
5	Hombre	40	Casado	Comerciante	Primaria	Católica	Nuclear

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en el estudio

Tabla 3 Información sobre la enfermedad Grupo 1

Grupo 1						
Sobre la enfermedad						
Sujeto	Tiempo padecimiento	Tiempo de tratamiento	Antecedentes familiares	Complicaciones	Instituciones de atención	Tipo de tratamiento
1	14 años	14 años	Hermanos	No	Pública y Privada	Médico-Educativo
2	18 años	17 ½ años	Padres y hermanos	No	Pública	Médico
3	28 años	28 años	Padre y hermanos	Sí	Pública y privada	Mixto
4	12 años	11 años	Padre y hermanos	Sí	Pública	Mixto
5	16 años	16 años	Madre	No	Pública	Mixto

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en el estudio

Tabla 4 Información sociodemográfica Grupo 2

Grupo 2							
Datos sociodemográficos							
Sujeto	Género	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Religión	Tipo de familia
1	Mujer	58	Casada	Ama de casa	Ninguna	Ninguna	Nuclear
2	Hombre	60	Casado	Campesino	Ninguna	Ninguna	Nuclear
3	Mujer	48	Casada	Ama de casa	Ninguna	Ninguna	Nuclear
4	Mujer	54	Casada	Ama de casa	Primaria (s/c)	Católica	Nuclear
5	Hombre	65	Unión libre	Campesino	Ninguna	Católica	Nuclear

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en el estudio

Instrumentos para el acopio de información

Ficha técnica

La ficha técnica consta de dos apartados, para el **grupo 1**, en el primer apartado (inciso A): se recoge la información sociodemográfica y familiar de los participantes; en el segundo apartado (inciso B): se obtiene información respecto al padecimiento, antecedentes familiares, complicaciones de la enfermedad, así como el tipo de institución donde se atienden y el tipo de tratamiento que reciben. (Ver anexo 1)

Para el grupo 2 se utilizará sólo información del inciso A, con el propósito de obtener la información sociodemográfica de este grupo. (Ver anexo 2)

Entrevista semiestructurada

Para el grupo 1: Se diseñó una guía de entrevista de acuerdo a las categorías requeridas en la identificación de la atribución social: definición y explicación de la enfermedad, fuentes de información, adherencia o desapego al tratamiento, diagnóstico y afrontamiento, relaciones familiares y apoyo social. (Ver anexo 3)

Lo anterior, con el propósito de identificar los elementos de la atribución de las personas con diabetes, así como los procesos psicosociales que subyacen al diagnóstico; de

las dificultades en la adherencia o desapego al tratamiento; de las relaciones familiares, vecinales, y el apoyo social con que cuentan, en caso de que así sea.

Para el grupo 2: con base en la entrevista diseñada para el grupo 1, se tomaron aquellas preguntas incluidas, y similares en las categorías de relaciones familiares y apoyo social, descartando las relacionadas con la enfermedad. Para la identificación de diferencias y similitudes, en la definición y explicación de la enfermedad. (Ver anexo 4)

Análisis de la información. Teoría Fundamentada y Análisis de Contenido

La teoría de la Atribución Social, es una modalidad del Pensamiento Social, conocido como sociocognición, la cual se caracteriza por ofrecer una explicación de los fenómenos a partir del contexto en el que se producen, es decir, tomando en cuenta la interacción, y no meramente los mecanismos cognitivos que se ponen en juego en el proceso de comprensión de la realidad social.

Por tal razón, las técnicas de análisis a utilizar deberán permitir una lectura de dicho contexto a través de la información proporcionada por parte de los actores sociales. Así pues, la Teoría Fundamentada, será el eje rector en el proceso de análisis, en interacción con el Análisis de Contenido. Técnicas que serán descritas a través de la siguiente tabla.

Tabla 5 Descripción de los métodos de análisis: teoría fundamentada, y análisis de contenido.

MÉTODO DE ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN	PASOS A SEGUIR	RESULTADOS ESPERADOS	PERSPECTIVA O AUTORE (S)
TEORÍA FUNDAMENTADA	La teoría se elabora y surge de los datos obtenidos en la investigación	Método comparativo constante: - codificación y categorización inicial: agrupar frases, expresiones o valoraciones que se refieren a una misma idea. - Elaboración conceptual de categorías(codificación abierta): analizar	Fundamentar o enraizar la codificación, la categorización y los análisis que se realiza en los mensajes que sobre la conducta de los actores sociales ofrece el texto y	Glaser y Strauss (1967)

		propiedades y dimensiones que se refieren a un hecho - integración de categorías y sus propiedades (codificación axial): formular hipótesis provisionales sobre la relación entre categorías. - Delimitación de la teoría (codificación selectiva): minimizar el número de conceptos y formulaciones; generalización de la capacidad explicativa de la teoría. - escritura de la teoría.	en la experiencia y bagaje teórico que el investigador aporta.	
ANÁLISIS DE CONTENIDO	Técnica para estudiar y analizar la comunicación (Krippendorf, citado por R. Hernández y cols. 1998)	- elaborar un índice de los contenidos que aparecen en el texto e ir incorporando a los distintos apartados los datos que al respecto ofrece el texto. La elaboración de un índice requiere integrar reflexiones teóricas sobre el tema, y análisis empíricos que a lo largo del proceso de recogida de información y en una primera lectura del material podemos ir considerando. El índice configura una estructura del contenido del documento.	Analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos.	Kimberly A. Neuendorf (2001)

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura.

Análisis de contenido

Una de las técnicas que se utilizaron para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, es el análisis de contenido (AC), ya que a través de este procedimiento, se logra elaborar y procesar los datos relevantes de las categorías planteadas en esta investigación, arrojadas a partir de las conversaciones grabadas y documentadas.

Para el análisis de la información se llevará a cabo el siguiente procedimiento:

- 1) Transcripción de la entrevista
- 2) Lectura sistemática del contenido de la entrevista
- 3) Identificación de las categorías de los participantes
- 3) Organización del contenido de acuerdo a las categorías planteadas
- 4) Identificación de la estructura del contenido de la entrevista, de acuerdo a las categorías establecidas.
- 5) Descripción y análisis de los datos a partir de la teoría fundamentada.

Teoría fundamentada

Según Bernie Glaser y Anselm Strauss (1967) “la teoría se elabora y surge de los datos obtenidos en la investigación”. En (Jurgenson, 2003, p. 90) Lo anterior, representa el planteamiento básico de esta postura.

Es decir, será a través del análisis de la información recabada, que se indagará la forma en que las personas elaboran sus explicaciones sobre los fenómenos que a su parecer son relevantes, a partir de los elementos de su contexto, particularmente, aquellos que han sido reproducidos en sus grupos de referencia y pertenencia, de manera que esto nos permita obtener un panorama de las posibles teorías que de su realidad social se puedan formular a través de tales explicaciones.

Otra de las razones que sustenta el uso de la teoría fundamentada en la presente investigación, y que muestra una estrecha relación con el análisis de contenido, se extraen de la propuesta de Creswell, quien afirma que:

- El análisis de datos se realiza por la identificación de categorías o estableciendo relaciones o conexiones entre ellas; y,

- El análisis de datos incluye la codificación abierta (identificación de categorías, propiedades y dimensiones), la codificación axial (examen de condiciones, estrategias y consecuencias), y la codificación selectiva de la historia emergente,
- La teoría resultante puede presentarse dentro de un marco narrativo o como un grupo de proposiciones.

Tales procedimientos coinciden con los propuestos en el análisis de contenido, con lo que se puede sustentar la coexistencia de estas propuestas metodológicas para efectos del análisis de la realidad.

Ahora bien, para el análisis de los datos, Glasser y Strauss proponen el siguiente procedimiento basado en el método de la comparación constante de los datos obtenidos con la teoría emergente:

- Codificación: identificar en los datos las categorías y sus propiedades. Los incidentes o hechos observados pueden codificarse en varias categorías o códigos que se generan por la comparación de un incidente con otro y, sucesivamente, comparando nuevos incidentes con las categorías emergentes.

Las categorías son conceptos significativamente relacionados con las realidades de la interacción. De acuerdo con los autores, las categorías y sus propiedades deben presentar dos elementos esenciales: tienen que ser analíticas, es decir, designar entidades y no sólo características, y deben ser sensibilizadoras, es decir, proporcionar al lector la posibilidad de ver y escuchar vívidamente a las personas estudiadas.

- Integrar las categorías y los datos mediante un proceso de comparación constante. Este proceso refleja patrones de integración entre los datos, y esto permite que los datos más importantes revelen las similitudes y diferencias dentro de las categorías y entre ellas. Estos patrones de integración entre los datos y las categorías permiten ver la teoría emergente.
- Los autores refieren que, cuando dejan de emerger nuevos datos, nuevas propiedades, nuevas categorías o nuevas relaciones se considera que se ha llegado a la saturación teórica. Una vez que los datos no ofrecen diferencias ni distinciones conceptuales importantes, las categorías se han saturado. La saturación teórica se refiere a conceptos, no a datos, y a un momento en el que ya no se requiere mayor conceptualización de los datos.
- Es importante identificar una categoría central que en el estudio tendrá el rango de línea principal de la historia, y que ayudará a integrar el análisis alrededor de este marco.

- Códigos abiertos y selectivos: los códigos abiertos consisten en permitir que se ubiquen los datos en el mayor número posible de categorías. La codificación selectiva implica delimitar o agrupar códigos en categorías que se relacionen cercanamente con la categoría central. (Op. Cit., 2003)

Ahora bien, de acuerdo a los objetivos de investigación, algunas de las categorías que se pretenden encontrar a través de las técnicas del Análisis de contenido, y la Teoría Fundamentada, son las siguientes:

- Sistema de creencias con que explican la enfermedad;
- el contexto ideológico – cultural;
- los grupos sociales a los que pertenecen los participantes: familiares, vecinales, religiosos, políticos, etc.
- Los modelos de atención, y la relación con el personal de salud que los atiende;
- Los estilos de vida construidos en el grupo social; y
- Las estrategias de afrontamiento que construyen a partir de los anteriores elementos
- La experiencia personal de la enfermedad: actitudes.

Presentación de resultados

Para llegar a este punto, fue necesario la realización de los siguientes pasos:

- 1) Transcripción de las entrevistas de cada uno de los grupos participantes
- 2) Realización de una primera lectura para la identificación de las posibles categorías
- 3) Preselección de los descriptores que conformaron las categorías localizadas
- 4) Extracción de los descriptores y categorías, y sistematización de éstos a través de tablas
- 5) Selección de los descriptores que proporcionaron mayor información, en la reducción de categorías
- 6) Saturación de la información
- 7) Construcción de las redes que sintetizan la explicación de la enfermedad de cada uno de los grupos participantes.

Ahora bien, de manera que el lector pueda contar con una lectura clara de lo que encontrarán en adelante, se describirá la forma en que se sistematizaron los resultados, productos del proceso de categorización, saturación, y construcción de redes, de acuerdo a los métodos de la investigación cualitativa implementados para el análisis de las mismas.

A) Primeramente, nos podremos remitir a los anexos, donde se encuentran las tablas 1 y 3, referentes a la categorización de los Grupo 1 y 2, respectivamente, y que contiene los siguientes elementos:

- **Categorías:** aquí se presentan las categorías consideradas en los objetivos de investigación: sistema de creencias en la explicación de la enfermedad; contexto ideológico – cultural; grupos sociales; modelos de intervención; estilos de vida; estrategias de afrontamiento; y experiencia personal de la enfermedad.
- **Dimensiones:** este apartado contiene los procesos que engloban los conceptos generales que los sujetos de estudio utilizan en sus explicaciones.
- **Subdimensiones:** en este apartado se encuentran los descriptores, extraídos del discurso de los participantes, y que dieron lugar a la construcción de las categorías centrales de esta investigación.

B) En el mismo apartado de anexos, se podrán encontrar las tablas 2 y 4, las cuales contienen la saturación de cada uno de los grupos, y se encuentran integradas por los siguientes elementos:

- Dimensiones encontradas en el proceso de análisis
- Frecuencia del discursos de cada uno de los participantes, donde la condición para su inclusión, fue la selección de aquellos que proporcionaran mayor definición de la dimensión referida.
- Y finalmente, los descriptores, que se refiere a los extractos del discurso utilizados en la explicación de cada una de las dimensiones de la atribución.

C) A través de los Esquemas 1 y 2 se darán a conocer las redes desplegadas en el grupo 1 y 2, mismas que son resultado de la identificación y relación de categorías extraídas de las

entrevistas, y que han pasado por un proceso de comparación constante, llegando con ello a la saturación. De la cual surgen los siguientes elementos:

- **Categoría central:** indica la línea central de las teorías que elaboran las personas en el ejercicio de explicación de la enfermedad. Alrededor de este marco podremos encontrar las dimensiones.
- **Dimensiones:** representan las categorías definidas en los objetivos de la presente investigación, en relación a las categorías encontradas en el proceso de análisis.
- **Subdimensiones:** aquí se concentran los elementos más descriptivos del discurso de las personas.
- **Descriptor:** son el resultado de la comparación entre los discursos del total de los participantes de este grupo. Figuran por lo tanto en este esquema, sólo aquellos que indicaron mayor frecuencia, representados de manera operativa, lo cual permite posteriormente describir la experiencia que estas personas mantienen con la enfermedad, como resultado del contexto del que es extraída la presente investigación.
- **Conectores:** indican las relaciones más significativas en el proceso de construcción de la realidad, en este caso, la explicación de la enfermedad.

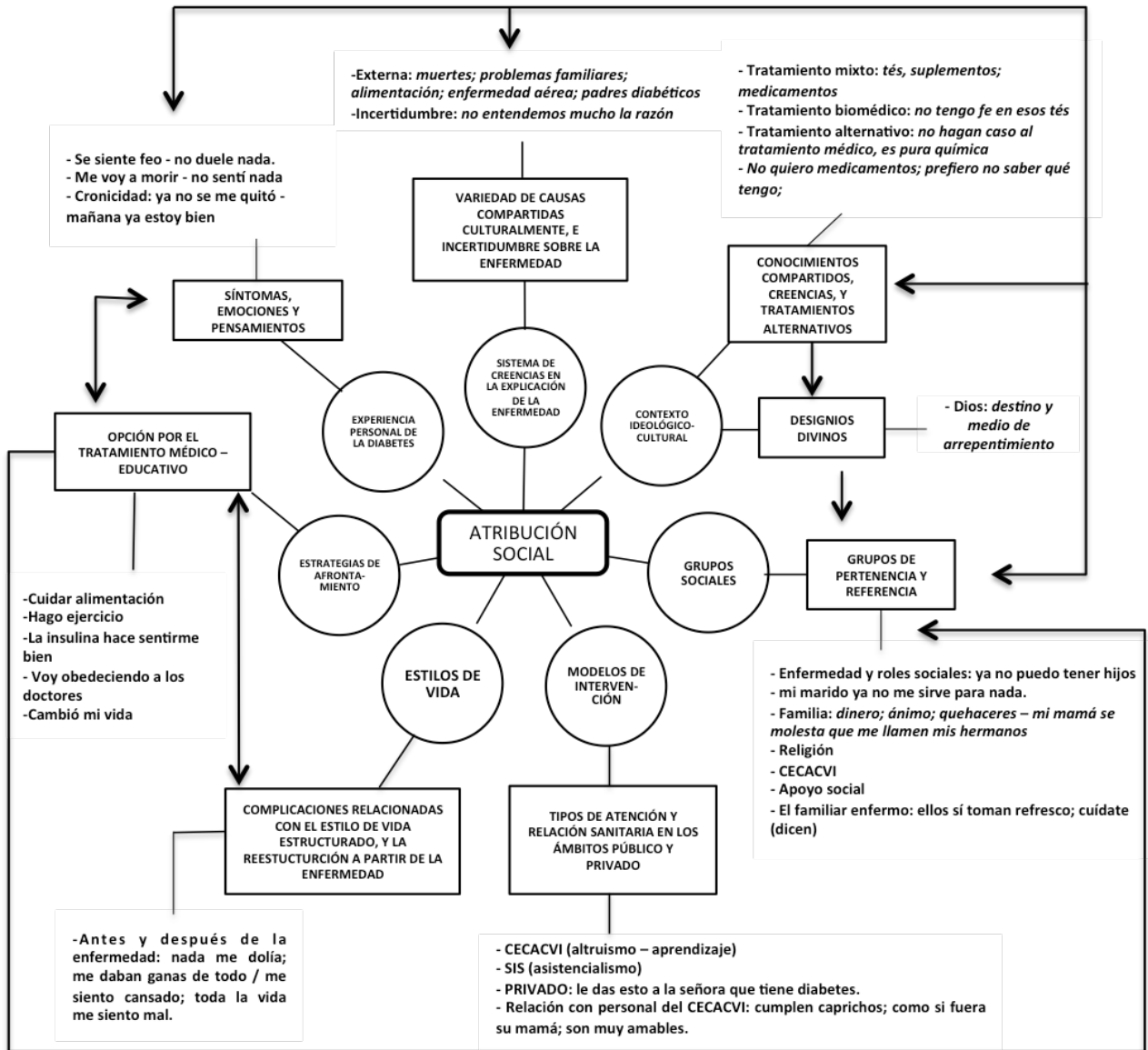
Desarrollo del análisis de los resultados

Respecto a la forma en que se describirán los resultados, será a través de la lectura de cada uno de los procesos encontrados en la construcción de la *realidad*, para lo cual nos basaremos en la definición de Zemelman, respecto a la realidad: “un conjunto de procesos heterogéneos, articulados entre sí, en un tiempo y espacio determinados”. (Zemelman, 1987 p. 23).

Con base a esta definición, entendemos que no todas las relaciones serán significativas para establecer entre ellas un vínculo, es decir, hay relaciones y procesos que son más significativos que otros, debido a que están ubicados en un lugar y en un tiempo determinados. De esta manera, en la lectura de las redes desplegadas a continuación, se podrán definir aquellas dimensiones relacionadas en la construcción de la explicación de la enfermedad de la población de estudio, y que les permiten formular sus propias teorías.

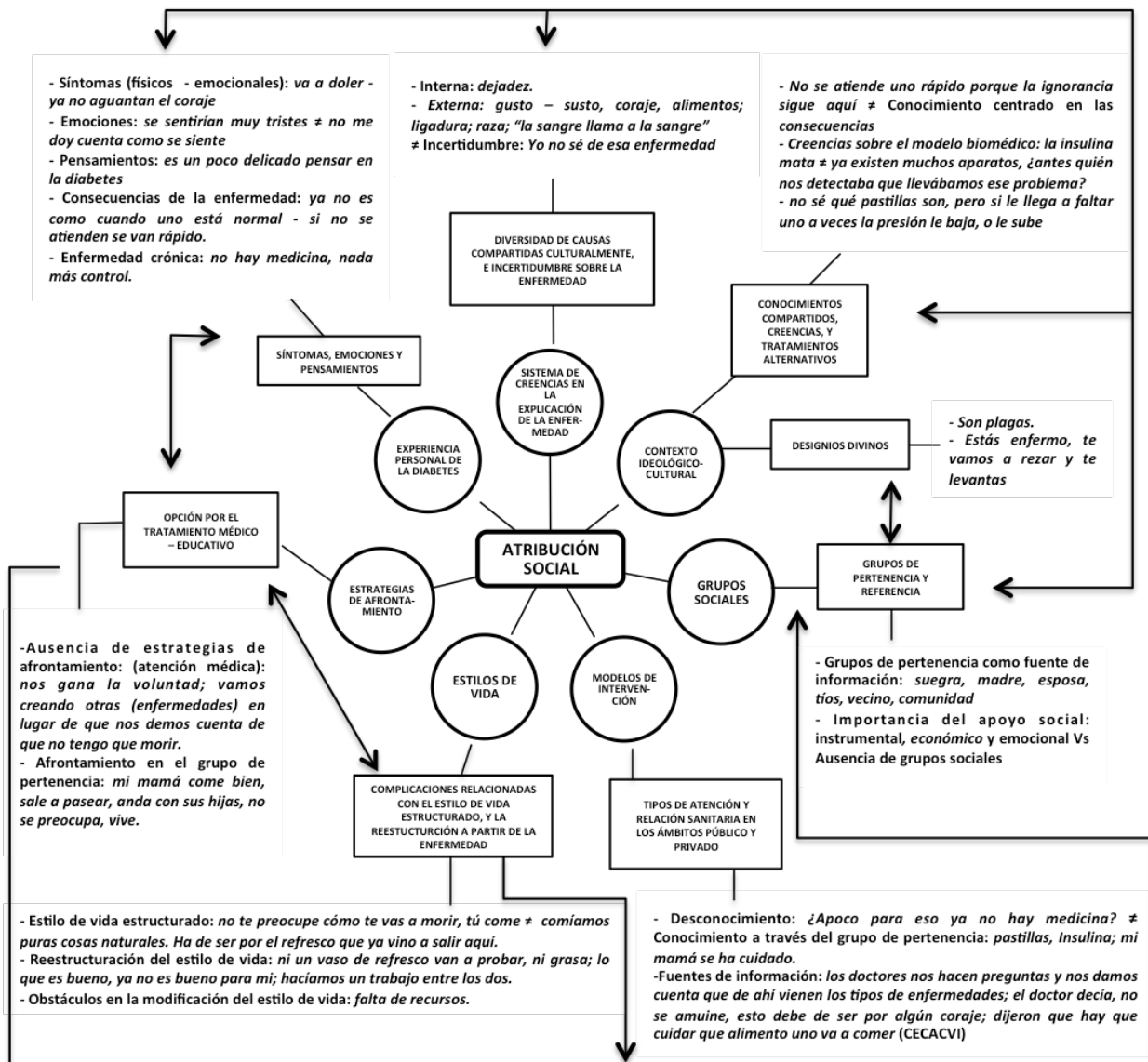
IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Figura 1 Red Atribución Social Grupo 1



Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en el estudio.

Figura 2 Red Atribución Social Grupo 2



Fuente: elaboración propia a partir de la información obtenida en el estudio.

La descripción de los esquemas que encontrarán a continuación, seguirá un orden sistemático de acuerdo a las categorías identificadas. Sin embargo, cabe aclarar que estas no cuentan con una descripción independiente, es decir, en cada subtema se desarrollarán los procesos más significativos y que se encuentran relacionados en la construcción de las diversas categorías. Pasaremos pues a la descripción del sistema de creencias en la explicación de la enfermedad, de la población de estudio.

Sistema de creencias en la explicación de la enfermedad: variedad de causas

Atribuciones externas

Ante un acontecimiento tal, como la aparición de una enfermedad crónica, en este caso la diabetes, nos encontramos con que las personas de San Andrés Azumiatla, cuentan con una variedad de explicaciones sobre las causas de la enfermedad, propias de las características actuales de este contexto, por una parte permeado de creencias ancestrales (pensamiento mágico religioso), y al mismo tiempo en un proceso de reestructuración de valores y creencias como consecuencia de fenómenos como la migración, y urbanización. Por otra parte, tales explicaciones se encuentran fundamentadas en las experiencias y conocimientos que se producen, reproducen, y transmiten en los grupos de pertenencia, es decir: familia y comunidad; así como por los grupos de referencia, principalmente el modelo biomédico con el que se han relacionado en el tratamiento de la enfermedad.

Este fenómeno nos permite entender cómo se están actualizando los procesos psicosociales.

En este sentido, predominan en este grupo las atribuciones externas, es decir, aquellas situaciones o acontecimientos que no se encuentran determinadas por el sujeto, destacando en este caso, los conflictos y problemas familiares, así como la enfermedad y/o muerte de algún familiar cercano, lo cual implica una reestructuración en la dinámica familiar, llegando a impactar de una manera importante al sujeto, y provocando con ello una serie de emociones que repercuten en el estado de salud. De acuerdo a los sucesos, las emociones desencadenantes podrían ser: el susto o espanto, el enojo o coraje, preocupación, y tristeza, las cuales combinadas con prácticas alimentarias, conforman una explicación cultural de la enfermedad, “cultural” debido a que se encuentra directamente relacionada con la concepción dicotómica *frío – calor*, donde el desequilibrio del estado normal del organismo se presenta cuando predomina uno de estos dos polos, de tal manera que el tipo de alimentos consumidos previo a la situación desestabilizadora, será un determinante para incrementar o restablecer tal desequilibrio. Dicha afirmación es confirmada a través de los siguientes relatos:

A lo mejor no iba yo a tener (diabetes), pero yo me hicieron enojar, y me comí el huevo y me tomé la coca, y con eso me agarró. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Una vez me agarró (un susto)... o sea, una vez se chocaron un pasajero y un otro pasajero, y ahí iba yo... Ese choque tuve, ese, ese miedo, yo creo por miedo, de esos espantos... porque antes de eso no tenía yo nada diabetes, no, no tenía yo nada. (Señora M., 29 de Diciembre, 2014)

Lo expuesto anteriormente, responde también al Modelo epidemiológico propuesto por Rubel (1964) quien afirma que el síndrome del *susto* se desarrolla como una respuesta a diferentes situaciones sociales de tensión, en las que el rasgo sobresaliente es el “papel de incapacidad”. (En Lozoya & Zolla, 1986 p. 147). Tales situaciones, provocan pues un desequilibrio en el estado de bienestar del organismo. También Lozoya & Zolla (1986) mencionan que: se encuentra amenazado un organismo por una pérdida de lo bueno, como cuando una familia pierde a uno de sus miembros por la muerte. Es así, como una explicación que pudiera parecer tan simple y común, se encuentra envuelta en una compleja carga de creencias ancestrales y populares, de las cuales retomaremos aquí, aspectos muy generales de esta cosmovisión, de manera que esto nos permita explicar los principales aspectos involucrados en el concepto de salud y enfermedad elaborado en esta población.

Otro de los elementos de esta atribución externa, son los hábitos de consumo y prácticas cotidianas que se han modificado de manera progresiva en el transcurso de las generaciones, sobre la reestructuración de los hábitos de las personas de esta comunidad, entre estas prácticas, encontramos lo que ellos definen como: la contaminación de alimentos con productos químicos; el consumo de alimentos enlatados, producto de la urbanización; y el déficit de alimentos a lo largo del desarrollo, producto de las desigualdades sociales características de este contexto. Como se expresa a continuación:

Esta enfermedad por mala alimentación; no hay comida... hasta la tarde comemos cuando estaba chiquita; los que se alimentan bien o no les faltaba (no les da la enfermedad).(Señora M., Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

Otra de las explicaciones que juega un papel importante en esta cultura, es el de las enfermedades **aéreas**, la cual tiene que ver con los males existentes en el ambiente al que están “expuestos”, y que da respuesta a una concepción ancestral de un *mundo penetrado por peligros misteriosos que amenazan constantemente al individuo*, y que logra su manifestación a través de entidades *ubicuas*, en las cuales *el peligro es una cualidad omnipresente del mundo físico y sobrenatural, y de las relaciones sociales*. (Op. cit. 1986, p.132) Bajo estas concepciones, el aire, es el elemento simbólico que logra penetrar el ambiente, llevando y transmitiendo con él, estos males. Por ejemplo:

Parece si me lo voy a poner éste (un pañuelo que le cubre la cabeza), se me va a quitar eso que siento, ‘tons por eso así hago, porque siento feo, como que alguna cosa ya me pegó... como que siento está hueco. (Señora M., Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

Como podemos ver, tales concepciones llevan a establecer determinadas conductas que permitan protegerse de la indefensión ante esos males, tal es el caso de los *remedios* o tratamientos alternativos, compuestos por elementos de la naturaleza, tales como yerbas; los rituales; o el uso de objetos que simbolicen protección, como en el caso del pañuelo (rojo) que protege la cabeza de ese mal invisible, pero que se encuentra en el ambiente y que en cualquier momento puede *pegarle* algo.

Ahora bien, en otro extremo nos encontramos con explicaciones que están estrechamente relacionadas con el modelo biomédico y la pertenencia al club de diabéticos, los cuales funcionan como fuente de información y en la mayoría de los casos, de reconstrucción de los esquemas de explicación de la enfermedad, como en el caso de la herencia, y el consumo de ciertos alimentos en exceso, como refrescos y harinas. Dichas explicaciones son integradas a las ya conocidas y difundidas en su contexto, e internalizadas en el pensamiento concreto de las personas, por lo que en el caso de la herencia, un estudio de sangre al momento del diagnóstico, implica una prueba tangente de esta explicación, al ser la sangre un objeto simbólico de la herencia, y “contaminada” ya por los elementos incorporados a los estilos de vida de la población, como en el caso de los refrescos y alimentos procesados. Como se expresa en la siguiente proposición:

Yo veo que antes nuestros abuelitos vivieron más años y casi no se nos enfermaban ... A veces pienso que, que es este, por lo mismo de que ya casi todo lo que comemos pus todo ya es, es pura química ... Cuando yo me puse malo y me hicieron estudios de sangre y es cuando ya me lo dijeron, por eso creo yo que si, si es hereditario. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

Y finalmente, una punto relevante a destacar en este proceso, es la confusión e incertidumbre existente en esta población en el intento de ofrecer una explicación concluyente de la enfermedad, debido a que se ven permeados por una variedad de fuentes de información, por lo que en la mayoría de los casos es necesario el replanteamiento constante de los esquemas aprendidos en su grupo social, pero sin adoptar una postura concreta ante este fenómeno. Como lo expresa uno de los entrevistados al momento de abordar las causas de la enfermedad:

No entiendo pues la razón... muchos me dicen que es por lo que comemos, muchos nos dicen que es por herencia, no este, no acabamos de creer pues cuál es el problema de los diabéticos. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

En esta categoría, se encontró que en el grupo 2 existe una serie de coincidencias respecto a la incertidumbre, y la variedad de causas de la enfermedad, mismas que también son atribuidas principalmente a factores externos al individuo, como son: la herencia, preocupaciones, el gusto, consumo de refrescos, dulces, los cambios generacionales, el espanto, coraje, y el consumo de alimentos procesados. Respecto a los elementos en los que difieren con el grupo 1, son los siguientes: la enfermedad como producto de las plagas (explicación bíblica), la raza, ligadura (método anticonceptivo), y la “dejadez” de las personas.

Ahora bien, después de esta marco, pasaremos a la definición de los elementos del contexto implicados en la enfermedad, así como su influencia en la adquisición de un modelo que les permita afrontar la enfermedad a través de la adherencia a un tratamiento.

Contexto Ideológico – cultural: conocimientos compartidos y tratamientos

“Los pacientes sufren ‘males’; los médicos diagnostican y tratan ‘enfermedades’”
(Einsteinberg, 1977, p. 11)

El epígrafe anterior, muestra dos perspectivas coexistentes en torno a un mismo fenómeno, es decir, la del paciente y el médico, cada uno intentando dar soluciones distintas a un mismo acontecimiento, en este caso: la enfermedad. Ante tal situación, se asoma un conflicto que se ve reflejado en las tensiones existentes entre dos sectores, por una parte nos encontramos con el modelo biomédico derivado de la medicina moderna occidental, intentando “convencer” a la población de la importancia de los cuidados, prevención, y tratamientos médicos, todo esto bajo una terminología científica que el receptor poco comprende, y bajo recomendaciones sobre la modificación de estilos de vida que por lo general no tienen cabida en los esquemas del “paciente”. Y por otra parte, tenemos a una población que se resiste a tal adherencia, principalmente porque no existe en ellos la necesidad de modificar sus estilos de vida, propios de sus costumbres y tradiciones, sustentando tal resistencia en un complejo sistema de creencias compartidas, y de las que han formado parte a lo largo de su historia. Respecto al sistema de creencias, Timio (1979) menciona lo siguiente:

“Las tradiciones, las creencias religiosas y parareligiosas, las supersticiones y prejuicios y, en general, los valores culturales de un pueblo, asumen un papel no sólo en la explicación de la enfermedad sino también en su prevención” (p.30).

Así pues, encontramos en este sector, un complejo proceso de reestructuración al que se han visto enfrentados desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, en el que por principio de cuentas, hay una conducta persistente a solucionar los malestares producto del *susto*, coraje, y todas aquellas emociones que impliquen un desequilibrio en el estado normal del sujeto, con *remedios*⁵ y prácticas propias de su comunidad, es decir, a través del

⁵ Use de tés y plantas medicinales para contrarrestar algún malestar

uso de tratamientos alternativos aprendidos y compartidos por medio de la tradición de sus ancestros. Zolla (1986) menciona al respecto: “La medicina tradicional se encuentra descrita como una manifestación superestructural ligada a las costumbres, a las creencias, al aparato simbólico y ritual de comunidades campesinas indígenas y mestizas” (p. 19).

Como producto de esto, vemos también cierto grado de resistencia a la inclusión de las prácticas del modelo biomédico, ya que esto implicaría la intrusión de algo nuevo, desconocido y por lo tanto, peligroso, como se puede ver en el siguiente relato:

La gente nos dice, no hagan caso al tratamiento médico, es pura química, agarren puro natural. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

Como dicen que tiene droga, verdad, dicen que no, porque tiene droga, ‘tons quién sabe, entonces ya soy “drogadita”, pero de medicamentos. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2015)

Como resultado de estas prácticas y creencias, las personas suelen establecer cierta temporalidad para acudir a una consulta médica, ya que ésta se vuelve una opción, por lo general hasta el momento en que los malestares se agudizan y ya no existe ningún *remedio* ante eso. Y persiste el pensamiento de que es mejor no acudir a una consulta médica, porque (además de otros factores relacionados con el tipo de atención que reciben y que se desarrollará más adelante), el diagnóstico suele ser más impactante que la enfermedad en sí, generando con ello, un desgaste emocional importante para el estado de salud. Como se puede observar en la siguiente proposición:

A veces ya no se muere por la enfermedad, sino que el susto... Y es el que me mataba, porque me espantaron los doctores que ya nomas un año (diagnóstico erróneo de cáncer). (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Yo porque prefiero no saber ni qué es lo que tengo y estoy bien (esposo de entrevistada) (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2015)

Vemos pues, en torno a la integración del modelo médico a la comunidad, una serie de matices complejas, y una diferencia de esquemas con los que opera cada grupo, lo cual dificulta dicha integración.

Por otra parte, es importante destacar en este contexto, la relevancia que adquieren los “tratamientos” a base de suplementos alimenticios, los cuales cuentan con diferentes presentaciones, como pastillas, comprimidos, polvos, o líquidos, y ofertan una solución a los síntomas de diversas enfermedades, entre ellos la diabetes. Y el éxito de estos productos se encuentra en sus componentes, ya que por lo general están hechos a base de extractos de hierbas, vegetales, y otros minerales, lo cual genera una mayor aceptación por parte de la población, otorgándoles incluso mayor percepción de eficacia que el tratamiento médico, al grado de no poder prescindir de estos para mantener un control de la enfermedad, como en el caso de una de las entrevistadas:

Yo lo siento nomas los tomo, y los tomo, y los tomo (tratamiento médico)... me checa, 300, tres y tantos. ¿Pero cómo es posible?, es de que no tomé las pastillas de omnilife, ‘tons hasta que me lo compra, ya los tomo, los tomo, así los mastico, y ya me voy checar. (Señora M., Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

Ahora bien, aunado a esto, persiste también un pensamiento religioso, el cual se caracteriza por una indefensión ante los designios divinos, en los que las enfermedades juegan un papel determinante como medio de arrepentimiento, conversión, purificación, y expiación de culpas o pecados. Citando nuevamente a Timio (1979) respecto al papel de la religión en las culturas, él menciona que:

También las creencias religiosas juegan un papel decisivo en el proceso de la enfermedad, la relación entre el ser humano y las fuerzas sobrenaturales se encuentra, para mucha gente, en la base de la interpretación del estado de salud o enfermedad que está en función, respectivamente, de la armonía o el desequilibrio entre esos dos componentes (p. 29).

Por lo tanto, bajo tales condiciones de indefensión, culpa, y responsabilidad de redimirse, no existiría entonces algún tratamiento verdaderamente efectivo ante los designios divinos, por lo que para lograr cierto equilibrio, es determinante establecer un acercamiento con Dios, y aceptar su voluntad. Como se muestra en los siguientes relatos:

Esta enfermedad te pongo, pero no es para muerte, es para honra y gloria de Dios, dice Dios... no es sino para cambiar, para cambiar nuestra vida, para cambiar nuestra mente... y pone enfermedades pero pa' que nosotros nos arrepientamos, dice Pedro, pa' que nosotros seamos guiados a Dios... porque él vino, no vino para los justos, vino directamente para los pecadores y para los enfermos. (Esposo señora M, Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

¿Qué ganaríamos si ustedes lo venden el terreno, y yo me someten a la operación y salgo muerta? pues sale igual, me pierden a mi, lo pierden el terreno, no, mejor déjenme ay a la volunta' de Dios. (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Es así como la religión cumple una serie de funciones en relación a la enfermedad: función explicativa, en la medida en que las personas consideran los designios divinos como causante de la enfermedad; de adherencia o desapego al tratamiento, cuando se le otorga la responsabilidad de la eficacia del tratamiento y el posterior restablecimiento de la salud, “a la voluntad divina”; y como fuente de afrontamiento, cuando el “contacto con Dios” se convierte en un medio de catarsis, o se da la integración a algún grupo religioso. Como se muestra en los siguientes relatos:

Mis hermanos son cristianos, tengo un hermano que siempre me hablaba de Dios y yo no le creía yo, pero yo no quería yo aceptar, no quería yo creer, pero después de que se moría y revivía mi hijo, p's es cuando nos acercamos, y desde entonces... de que aceptamos a Dios, desde ahí ya nunca nos hemos enfermado. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Yo sé que siento bien porque yo ahí llego p's me arrodillo frente del altar, le pido a Dios, le digo, gracias señor que estoy aquí, que me ayudastes para venir, me ayudas para caminar, 'tons ahí, p's así hablando con el señor siento algo en mi corazón, siento algo, o sea, siento, como que.. un gozo, un amor. (Señora M., Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

Ahora bien, de acuerdo a los elementos anteriormente planteados, cabe destacar que para lograr una adherencia al tratamiento médico–educativo, o mixto⁶ (en mayor o menor medida) entre los participantes de este grupo, fue necesaria la reestructuración de algunos esquemas relacionados con la enfermedad, tanto en la persona que la padece, como en su grupo de pertenencia. Dicha reconstrucción, es resultado del constante acercamiento con los modelos donde se atienden (principalmente CECACVI), a través de la asistencia e inclusión de los pacientes y sus familiares más cercanos, a las actividades que aquí se promueven: consultas médicas, jornadas de salud, consultas preventivas; y por otra parte, debido al tipo de intervención que se promueve en este sector, a través del cual se ha logrado establecer un acercamiento del personal de salud del CECACVI, a los contextos próximos de los participantes (hogares), generando con ello, un interés por corresponder a tales visitas (característica propia de las costumbres de esta población), a través del uso de sus servicios.

Por otra parte, se encontraron similitudes y diferencias en el grupo 2, en relación a los elementos descritos en este apartado. Respecto a las similitudes, tenemos las siguientes: se confirma en este grupo la creencia cultural acerca de lo perjudicial que puede llegar a ser el tratamiento médico, lo cual repercute en la ausencia de una cultura de prevención y atención médica; se encontró también en este grupo, un conocimiento sobre la enfermedad centrado en las consecuencias, esto debido a las experiencias compartidas de pacientes con complicaciones (principalmente el pie diabético) en este contexto; y una última, tiene que ver, con los designios divinos, los cuales determinan el rumbo de nuestras vidas, y en este caso, el de la enfermedad.

⁶ Uso de medicamentos, plantas medicinales, suplementos alimenticios, o una combinación de éstos.

Respecto a las diferencias, éstas son las siguientes: los medios de información con que cuenta son principalmente la televisión, y las conversaciones informales que se entablan en situaciones cotidianas; existe un desconocimiento acerca del tratamiento médico por parte de la mayoría de los entrevistados, y quienes llegan a contar con una noción acerca del tratamiento, es debido a que un integrante de su familia nuclear padece la enfermedad.

Pasaremos entonces a la siguiente dimensión, la cual se encuentra en el núcleo del presente trabajo.

Grupos sociales: pertenencia y referencia

Para poder desarrollar la siguiente dimensión, la cual se encuentra implicada directamente con el resto de dimensiones, debido a que el carácter social de la atribución tiene que ver precisamente con los grupos de pertenencia y referencia, es necesario dejar en claro a qué nos referimos con estos.

Entenderemos por **pertenencia**, a la filiación que un individuo tiene hacia un grupo, el cual persigue un fin común. Tal filiación implica la adopción de valores, normas, y modelos, reproduciendo con ello, sus actitudes, juicios y comportamientos. Bajo esta definición, el grupo de pertenencia aquí encontrado, será en adelante: la familia.

Los grupos de **referencia**, son aquellos grupos externos con los que nos identificamos. No pertenecemos a su núcleo, pero adoptamos sus valores, actitudes y comportamientos. En este caso nos encontramos con grupos de referencia tales como: el Club de diabéticos a través del CECACVI y SIS; grupos religiosos; y comunidad.

Ahora bien, es en estos grupos donde construimos la base de nuestras creencias, valores, actitudes, conocimientos, comportamientos, formas de pensar, explicar, y relacionarnos con determinados acontecimientos. Todo esto, a través de las experiencias e interacciones que allí se producen. Respecto a la relación que se establece con la enfermedad a partir de estos grupos, citaremos a Timio (1979) quien menciona que “los componentes socioculturales aparecen –más o menos patentes- en diversas enfermedades y en numerosos enfermos, ya sea como factores determinantes, ya sea como factores colaterales o agravantes” (pp. 27-28).

De esta forma, los componentes encontrados en cuanto a la función de los grupos en relación a la explicación y afrontamiento de la enfermedad, son los siguientes: la percepción y transformación de la dinámica familiar en el proceso salud – enfermedad; la percepción de la relación que se establece entre los modelos de atención – usuario; los tipos de apoyo con que cuentan: familiar, instrumental, y emocional; la falta de apoyo por parte de algún miembro importante de la familia, y sus repercusiones; los roles sociales en relación con la enfermedad; y la importancia del apoyo social externo.⁷

Entonces, respecto la percepción y transformación de la dinámica familiar, ésta se ve afectada en la medida en que la presencia de una enfermedad crónica, exige cambios tanto en quien la padece, como en su grupo familiar. Tales cambios se encuentran enfocados en los siguientes aspectos: la necesidad de apoyo instrumental y emocional que se requiere en la adherencia al tratamiento médico; la modificación de hábitos alimenticios y actividad física, principalmente; en la comprensión y apoyo para afrontar los cambios en el estado anímico del paciente como consecuencia de la alteración en los niveles de glucosa; y en el involucramiento familiar, en la adquisición de conocimientos sobre prevención, tratamiento médico–educativo, y las posibles consecuencias de la enfermedad.

Ahora bien, los tipos de apoyo que se identificaron en esta población fueron muy diversos, y en algunos casos, sólo se referían a la mera importancia que adquieren, sin afirmar que realmente se les proporcione (como en el caso del apoyo vecinal). Para efectos de definición, se clasifican de la siguiente manera:

Apoyo familiar: este tipo de apoyo es el que reciben por parte de su familia nuclear o extensa. Es percibido como un elemento de gran relevancia para mantener un equilibrio en los diversos aspectos y procesos implicados en la enfermedad. Incluye las siguientes categorías:

Emocional: con lo que se refieren a la contribución por parte de los miembros de su familia nuclear para mantener un estado emocional equilibrado, al evitar preocupaciones, enojos, o tristeza. Así también, la estimulación de un estado de ánimo positivo cuando se encuentran decaídos. Por ejemplo:

⁷ Experiencia de un participante en condición migrante al momento del diagnóstico

Cuando lo ven que yo ya, a veces me tiro en cama, me recaigo, p's todos me vienen a ver. ¡Oye! ¡levántate!, toma aunque sea tu atolito, toma aunque sea una frutita, p's yo la agarro y les... ora si les hago el gusto, p's no me dejan agobiarme más, porque como me alimenta, todos, levántate, me dan ánimos. 'Amos, tal parte hay un doctor, lo llevamos, o llévatelo. P's yo me siento apoyada. (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Apoyo económico: implica la contribución monetaria para la atención médica, principalmente cuando se ven afectados por malestares producto del descontrol de la glucosa u otros. Este tipo de apoyo, junto con el emocional, son los de mayor relevancia en este contexto. Como narra una de las entrevistadas:

Mamá ¿por qué no te levantas? (hijo). ¡Ay! Siento esto y esto (entrevistada). Levántate, te vamos a llevar al doctor (hijo). Cuando él tiene dinero: mira, aquí está; el otro mi hijo también viene; el otro aquel. Yo siento esto y esto, órale: aquí está aunque sea doscientos... aunque sea cien pesos, órale. P's yo me siento apoyada con lo poquito que me den. (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Apoyo Instrumental: se refiere a la colaboración en las actividades domésticas (en el caso de las mujeres) cuando su estado de salud se encuentra afectado; y al eventual involucramiento en los cambios alimenticios “del enfermo”: *no vamos a tomar refresco*. O como se menciona en el siguiente relato:

Éste pobre mi hijo, ve que ya me tiré. Mmm.. la ropa, los trastes, la casa tirada, uste' sabe, cuando uno no puede ¿cómo puedo hacer? P's él agarra sus trastes, agarra la ropa y se pone a lavar. Si, si, si siento que me están apoyando. (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Por otra parte, fue muy común encontrar la ausencia de apoyo familiar al inicio de la enfermedad, y al momento del diagnóstico, principalmente por la dinámica familiar

presentada en ese momento, ya que la mayoría de los participantes se encontraban en el inicio de la construcción de una vida familiar; y en otros casos, como consecuencia del desconocimiento de los síntomas de la enfermedad. Como se puede ver en los siguientes fragmentos:

Le decía yo mi esposo, ¡ay no!, yo no siento bien. Pero p's ¿qué tienes? Se ve que no tienes nada... me estaba yo preocupando yo misma, pero p's mi esposo nunca me dijo que vamos, te voy a curar, ¿qué tienes?, No. (Señora M., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Apoyo vecinal: lo definen principalmente por el otorgamiento de ayuda económica, pasando a un segundo término, el acompañamiento que se puede ofrecer a los miembros de la comunidad que se encuentren en una situación de enfermedad. Se encontró que perciben como importante proporcionar o recibir esta ayuda, sin embargo, afirman que en la práctica, esto no suele suceder. Como lo narra la siguiente entrevistada:

Cada quien sabe su vida, si tiene medicamentos, si no tiene medicamentos, si uste' sabe que un vecino está enfermo, ps que se enferme, ya este, ya ellos saben, ellos se curan... y si quieres de ir a visitar, tienes que ir. ¡Ajá! pero no porque va uste' ir, ya va uste' a dar dinero para curar, o ya lo lleve uste' con un doctor. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2015)

Apoyo social externo: este tipo de apoyo se refiere a la motivación enfocada en la modificación en el estilo de vida, y adherencia al tratamiento médico – educativo, y que surge por parte de personas o grupos externos a su familia o vecinos. Como en el caso de uno de los entrevistados quien se encontraba en situación de migrante al momento del diagnóstico, y que asegura haber logrado una modificación en el estilo de vida desde el inicio de la enfermedad, debido al apoyo que recibió en el contexto laboral. Como se narra a continuación:

Un tiempo estuve también en un restaurant americano, le hice saber a mi patrón y a mi patrona ... ordenaban los cocineros que me prepararan comida especial, ensaladas, así, cositas, este, que no me hagan daño, y mire, rapidísimo me puse bien, yo andaba bien, me tomaba el medicamento. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

Ahora bien, respecto a la reestructuración de roles sociales como consecuencia de la enfermedad crónica, los participantes expresan haber experimentado cambios importantes en la disminución de la capacidad para desempeñarse en los siguientes ámbitos:

Como mujer, esposa y madre: en cuanto a la incapacidad que proviene de los malestares frecuentes, para el cumplimiento de las tareas propias de una ama de casa, como realizar los quehaceres del hogar, atender a los hijos y esposo, así como apoyar en el trabajo del campo o trabajar para aportar a la economía familiar. Como se expresa a continuación:

Yo ya me siento más débil, si, más débil, más cansada, no, ya no, digamos ya no como antes mi trabajo. Pero a veces nos platicamos y mi esposo me dice, ajá, ese ya te cambió por tu enfermedad, ya te agobia. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Como hombre, esposo y padre: en este caso la falta de incapacidad que proviene de los malestares frecuentes para el cumplimiento de los roles suele ser más impactante debido al peso que tiene en este contexto pertenecer a este género, lo cual implica principalmente, ser proveedor, protector, y el elemento más fuerte de la familia. Por tanto, tales roles se ven amenazados por la presencia de una enfermedad crónica, lo cual repercute en el estado anímico y en una percepción negativa de sí mismo. Como se relata a continuación:

Ya no (es) lo mismo, siento yo como que ya me siento más, más inútil, pero pues no me quiero dejar, le quiero seguir echando ganas... tengo unos conocidos que dicen, dice una mujer, ya mi marido pa' qué me sirve, ya no me sirve para nada, ya se me enfermó... ya ni trabaja, ya ni... ya se hizo muy flojo. Pero no comprende que está enfermo.

Ahorita mis hijos es cuando necesitan más, más ayuda, y p's no los quiero dejar, p's yo les digo, yo como sea me muero y ya, pero yo quisiera yo verlos crecer, verlos, guiarlos, y que todo marche bien. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

Como hija: una de los roles culturales importantes que deben desempeñar los hijos en la vida adulta, es el del cuidado de los padres, es decir, frecuentarlos, proveerlos, y estar al pendiente de sus condiciones de vida, sobre todo en los aspectos económico y de salud. Por lo tanto, la presencia de una enfermedad crónica afecta el desempeño eficaz de dichas actividades. Como lo relata una de las personas con complicaciones de diabetes (derrame cerebral):

Podía yo, hacía yo atole de maíz, lo molía yo una ollita, lo llevo su ollita (a sus padres), él trabajaba (esposo), traiba cemitas los largos así, la apartaba, decía, éste dale a mi mamá, este dale a mi abuelito, esta para ti, este, llévales (a sus padres), lo hacía yo el atole, los iba yo a ver cada ocho días, cada ocho días, cada ocho días, así para todavía podía yo, ahí voy, una fruta... (Señora M., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Con lo anterior podemos ver, que el tipo de relación familiar que establecen antes de la enfermedad, y la manera en que se restablece posterior al diagnóstico, juegan un papel importante en todas las esferas de afrontamiento: adherencia al tratamiento médico; modificación del estilo de vida (hábitos y costumbres); integración a grupos sociales que actúen como fuentes de apoyo, así como todos los elementos que permitan establecer una respuesta positiva ante la enfermedad.

Ahora bien, respecto al grupo 2, se encontró la siguiente similitud: se confirma la importancia que adquiere el apoyo familiar el tratamiento de las enfermedades, en sus diferentes dimensiones (instrumental, económico, y emocional).

Por otra parte, a diferencia del grupo 1, la mayoría de los participantes del grupo 2, cuenta con grupos sociales o de referencia, como es el caso de familiares cercanos o

vecinos, quienes se transforman en fuentes de información sobre la enfermedad, a partir de relatos de experiencia.

Es momento de abordar los aspectos relacionados con los modelos de atención existentes en esta población, así como el tipo de relación que se establece entre el personal y los usuarios. Este aspecto es relevante, principalmente por que tal relación influencia en alguna medida, la adherencia o desapego al tratamiento médico – educativo.

Tipos de atención y relación sanitaria

Al respecto, los modelos de atención que se identificaron en las etapas de diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, son los siguientes: Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida (CECACVI); Centro de Salud (A través del Centro Integrador de Servicios (SIS)); Consulta privada; y la experiencia con un modelo externo (EUA).

A continuación, se definirá el tipo de relación que se establece entre el personal de salud y usuario, de acuerdo a cada modelo:

CECACVI: de acuerdo a las experiencias que expresan los participantes respecto a este modelo, se puede afirmar que el tipo de relación que se ha establecido entre ellos y el personal de salud, está basada en el altruismo. Dicho término, “se aplica a un subconjunto de conductas prosociales en las que el actor procede sin motivos egoístas o de ganancia personal, para lograr el bienestar de los demás”. Rodríguez, A. (1991) p.1

Bajo esta definición, se puede considerar como altruista a la actitud que algunos miembros del personal de salud ponen en marcha, para la facilitación de todos los medios orientados hacia el bienestar de los pacientes, incluyendo la utilización de recursos propios para este efecto. Como lo expresan algunos de los participantes:

Esa doctora me regalaba la insulina... jeringas... me checaba y no me cobraba... Y ahora esta -enfermera-, dice, p's los vamos a dar la medicina gratis, ¿por qué? Porque ustedes cada cita ahí están, cada cita ahí están. Sé que te interesa tu salud, p's así ahorita hasta las jeringas. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Ahí nos dice, vas a pagar los análisis hoy, órale, ¿cuánto?, 130, órale, aquí está... otra vez nos dice, vas a pagar cinco pesos, órale. Ora no pagas, ora no, ora no, ora no, ha bueno, si es que no, p's no. (Señora M., Grupo 1, 29 de Diciembre, 2014)

Ahora bien, cabe destacar que esta actitud está sustentada principalmente en un aspecto personal de quien la ejerce, y puede ir variando con cada nueva generación que ingresa al CECACVI. Lo cual repercute en un reajuste en los esquemas de atención de los pacientes. Como se muestra en el siguiente discurso:

Ella (enfermera de la generación anterior) me los regalaba, pero estas no, me dicen, no, mira, te vamos a apoyar, pero de así te vamos a dar regalado, no podemos, por escasos recursos. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Otra de las repercusiones de este constante cambio, está relacionado con la dirección que toma el club de diabéticos al romperse los lazos emocionales y los estilos de interacción que llegan a establecer con el personal de salud de alguna etapa determinada. Lo cual puede llegar a repercutir incluso, en el seguimiento médico, de acuerdo al impacto que pueda causar la relación establecida, bajo las condiciones descritas anteriormente.

Centro de Salud (SIS): La relación que se establece en este sector se puede describir como asistencialista. Entenderemos por asistencialismo: “el no reconocimiento (ocultamiento) de los problemas sociales como derechos humanos suprimidos o restringidos y la dación escasa (la mínima posible) para sólo atenuar y controlar la conflictividad social que genera la carencia extrema (Alayón, N., 2011, p. 121). Tal definición se ajusta a los programas de intervención implementados en esta comunidad, debido a que están dirigidos al otorgamiento de atención y medicación gratuita como una estrategia de resolución de problemas sociales, pero que repercute en una falta de responsabilidad por parte de la población respecto a su salud, es decir, promueve una actitud pasiva ante la adherencia al tratamiento médico-educativo de su enfermedad, ya que se condiciona la atención médica a la obtención de un beneficio material o remuneración económica⁸, manteniendo con ello,

⁸ Apoyo económico por asistencia a consulta a través del programa *prospera*.

un estatus de dependencia hacia dichos programas. Lo anterior se ve reflejado en el siguiente fragmento:

Se supone que los mandan que nos apoyen... yo sé que el gobierno manda medicinas, medicamentos para los diabéticos o para cualquier este... enfermedad... pero si es que así usted ya no me quiere dar medicamentos, no importa, entonces ya no me vengo. De qué caso tiene que yo venga, si usted, usted ya nada más me va a checar, y a parte de eso me cobraba, le digo. Usted ya nomas me va a checar y los medicamentos me los voy comprar, en ese caso mejor este... yo voy en un particular, allí p's yo sé que sí pago. O sea, todo voy a pagar porque, o sea, es un particular vamos, aquí este... ustedes los manda el gobierno. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2015)

Por otra parte, encontramos poca experiencia en cuanto a la atención por parte del sector privado, lo cual es producto de dos razones principales: el nivel socioeconómico de la población; y debido a que se convierte en un último recurso cuando cuentan con atención gratuita por pertenecer a alguno de los programas gubernamentales existentes (seguro popular, y prospera).

Y finalmente, se da a conocer la experiencia de un modelo de atención externo (EUA) por un participante que se encontraba en situación de migrante al momento del diagnóstico. Al respecto se formula una evaluación positiva de este servicio de salud, en el cual recibió atención oportuna, y se le proporcionó información completa sobre las implicaciones de la enfermedad. Dicha experiencia trae como consecuencia, una evaluación negativa de los servicios de salud a los que acude actualmente, debido a que se puede advertir una intervención irresponsable al momento de la impresión diagnóstica en estos sectores, en la medida en que la información que proporcionan acerca de la enfermedad, se encuentra centrada en las consecuencias, y no en una definición detallada de la enfermedad y sus implicaciones.

Las condiciones anteriores, dan respuesta a un contexto sociocultural adverso para el desarrollo de un modelo de atención eficiente.

Ahora bien, los elementos coincidentes el grupo 2, respecto a esta categoría, tienen que ver con el uso de los modelos de atención existentes en esta población: público

(CECACVI/Centro de Salud) y privado; y con la evaluación de las condiciones adversas de la población para el desarrollo de un modelo eficiente.

A continuación, se desarrollará otro elemento determinante de la adherencia al tratamiento, este es, el estilo de vida.

Complicaciones relacionadas con el estilo de vida estructurado, y la reestructuración a partir de la enfermedad

Nos referimos con **estilo de vida estructurado**, a todos aquellos hábitos (de consumo alimenticio, higiene, preventivos, etc.) y rutinas (actividad física) que se construyen, aprenden y establecen, a partir del grupo de pertenencia. Estos aspectos cobran especial relevancia, debido a que es precisamente los que permiten o previenen el desarrollo de una enfermedad tal, como la diabetes.

En cuanto al **estilo de vida reestructurado**, nos referimos a las conductas que se establecen posterior al diagnóstico de diabetes, en favor o detrimento de las exigencias de dicha enfermedad, y en las que suelen incluir o no, al grupo familiar.

Bajo estas aclaraciones, podemos mencionar algunos de los elementos del modo en que las personas estructuran su vida en relación a la enfermedad: existe una creencia en salud, en el que las personas con sobrepeso u obesidad (condición que representa un factor de riesgo para desarrollar DM2), tienen un mejor estado de salud, al contrario de quienes presentan bajo peso. Tales condiciones (sobrepeso y obesidad) no cobran relevancia para las personas en materia de prevención, y la percepción que tienen de sí mismos antes de la enfermedad, es de bienestar físico y emocional, ya que esto les permite desempeñar todas las actividades propias del estilo de vida en la comunidad (campo, costumbres, consumo de alimentos de toda clase, roles sociales), sin ninguna dificultad. Como lo expresa la siguiente entrevistada:

Yo estaba yo bien, digamos, si que estaba yo bien, no sentía yo nada, estaba yo tranquila, contenta, p's sentía que nada no me dolía, lo que le digo a uste', si tenía yo este, si estaba un poquito más este, llenita porque p's tenía yo 87 kilos, estaba yo bien, yo sentía que estaba yo bien". (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Por otra parte, una de las principales actividades de los habitantes de San Andrés Azumiatla, es el trabajo en el campo, por lo que afirman que para poder desempeñar las jornadas laborales de manera apropiada, es necesario tener una alimentación que excede los límites sugeridos por el modelo biomédico. Con lo que el estilo de vida en el campo, puede percibirse como una limitación para la modificación de los hábitos alimenticios. Como se muestra en el siguiente fragmento:

Si ya no llegamos a tomar medicamento o poner insulinas de por si nos morimos, y p's aparte de eso, de que todo las cosas comemos. Y como les digo p's no, nosotros como somos de pueblo, somos, vamos al campo y como nos dice ya no comas mucha tortilla, dos tortillas o una tortilla. Pero si usted va al campo, usted no va a poder trabajar, porque se cansa, y del mismo de que usted no come, se debilita y también se muere. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

Ahora bien, respecto al proceso de restructuración del estilo de vida, este suele darse de manera gradual, y resulta indispensable la inclusión del grupo familiar. Podemos ver que en las familias en las que existe una mayor implicación e inclusión en la modificación de hábitos por parte de todos sus integrantes, los pacientes suelen tener mayor control de la enfermedad. Como se observa en el siguiente caso:

Mi familia me va dando el ánimo, hasta mis hijos a veces me dicen, no p's te vamos a poner la insulina, que no se te pase... a veces mi esposa me dice, no vamos a tomar refresco porque si no ahí lo vas a estar mirando y se te va a antojar... ella dice, no, esto no puedes comer, yo te voy a dar esto... yo mis hijos los voy acostumbrando a comer, a lo que hay... ellos comen de todo lo que nosotros. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

Sin embargo, en muchos casos la modificación de hábitos se reduce principalmente a la moderación en el consumo de bebidas azucaradas, y al eventual consumo de vegetales; y en otras ocasiones, esta modificación se centra en la disminución o prohibición de los alimentos que se consumen en el hogar de manera regular, y que pueden afectar al familiar enfermo, lo cual puede generar controversia debido a la creencia cultural de que la libertad

de consumir lo que “se le antoje” a las personas, es lo más apropiado para no “ir deseando” esos alimentos al momento de la muerte, en la que el cuerpo físico se desintegra, pero el alma permanece. Tales creencias se ven reflejadas en los siguientes relatos:

A veces se juntan ahí, y nos sentamos a comer o a cenar, y luego ellos agarran el refresco, toman, y uno me da un vasito, uno me dice, no, no le des mamá, no ves que le hace daño; otro dice, ay, déjalo que lo tome, p's de todos modos lo está mirando lo estamos tomando, déjalo que lo tome, y otro les digo, no, no, no voy a tomar. (Señora L., Grupo 1, 26 de Diciembre, 2014)

Tú come, dice (esposo), ya si te moristes pero p's no vas a ir teniendo hambre, o se te va a ir antojando algo, porque mira mi papá cómo se murió, me dice, mi papá mira, se enfermó, fue dar al hospital, y se le antojaba el agua de sandia, y no, ya no me lo dejaron, me dijo, ya se murió, hasta se le fue antojando, hasta fue teniendo sed. (Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2015)

Y un aspecto más, está relacionado con la percepción que las personas tienen de sí mismos y de sus capacidades para desenvolverse en la cotidianidad, antes y después de la enfermedad. Al respecto, se encontró que persiste una incapacidad para controlar sus emociones, así como una falta de capacidad para poder desempeñar las actividades cotidianas, después de la enfermedad.

Ahora bien, los aspectos coincidentes del grupo 2, respecto a esta categoría, son los siguientes: la forma en que estructuran su estilo de vida, es similar al que expresaron haber vivido las personas del grupo 1, antes de la enfermedad, y que tiene que ver con el tipo de alimentación, las labores domésticas, y el trabajo en el campo; se confirma la creencia cultural que sobrevalora los alimentos, en detrimento de la salud.

Respecto a las diferencias, en este grupo se pudo observar un elemento más, acerca de las complicaciones en este contexto, para la restructuración del estilo de vida a favor de la prevención, esto es: la falta de recursos económicos.

Estrategias de afrontamiento: opción por el tratamiento médico – educativo; religión; comunicación.

Las respuestas de afrontamiento tienen que ver con la puesta en marcha de los recursos con los que cuenta o construye el sujeto, a partir de la valoración e impacto de la enfermedad. Así pues, los recursos encontrados en este grupo, son los siguientes:

Opción por el tratamiento médico – educativo: representa uno de los principales recursos contra la enfermedad, debido a que abarca la atención oportuna ante las complicaciones; el seguimiento médico (consultas mensuales); la reconstrucción de los estilos de vida (hábitos de consumo y actividad física principalmente); así como la reconstrucción de esquemas culturales, que les permitan la total adherencia a este tratamiento. En este caso, nombramos opción y no adherencia, ya que la mayoría de los participantes se encuentra en un proceso de reconstrucción de hábitos y esquemas, adoptando gradualmente, alguno de los elementos mencionados. Y tal adopción, es producto del acercamiento a los modelos de salud existentes, lo cual representa un elemento más del afrontamiento, y que se definirá a continuación.

Fuentes de información y relaciones de compañerismo: este recurso tiene que ver con la implicación hacia todos los aspectos que abarca enfermedad, es decir, la responsabilidad de informarse acerca del tratamiento requerido; de las posibles complicaciones que representa el desapego al tratamiento; así como la internalización y dominio de dicha información. Al respecto, los participantes han encontrado en el personal de salud (principalmente del CECACVI) una fuente de información, así como la posibilidad de interacción con personas que se encuentran en condiciones similares, lo cual representa la obtención de beneficios emocionales, al encontrar un grupo con el cual se identifican, y en el que pueden expresar sus principales dificultades o complicaciones, y con ello la aprehensión de nuevas formas de relacionarse con la enfermedad.

Religión: pertenecer a un grupo religioso, o la eventual asistencia a las celebraciones religiosas, representa también para algunos participantes un medio de desahogo ante los malestares emocionales ocasionados por el padecimiento.

Comunicación con el grupo familiar: este elemento es uno de los más relevantes, ya que es aquí donde las personas construyen y reconstruyen sus vidas, y representa por lo tanto, una de las principales fuentes de apoyo. Es así, como la apertura que tenga este

grupo, posibilita la libertad del paciente para la expresión de sus malestares físicos y emocionales, lo cual constituye una importante estrategia de afrontamiento. De igual forma, para uno de los participantes, contar con un proyecto de vida familiar, y ser parte de la construcción de éste, representa la principal fuente de motivación para el seguimiento médico y adherencia.

Ahora bien, las similitudes encontradas en el grupo 2, en esta categoría, tiene que ver con la importancia del apoyo familiar para la adherencia al tratamiento, y tal idea se encuentra fundamentada en la experiencia con la enfermedad de un integrante de la familia nuclear.

Respecto a las diferencias, este grupo centra su discurso en la ausencia de estrategias de afrontamiento en este contexto, y sus opiniones son sustentadas en el conocimiento de casos de la comunidad, tales como: fallecimientos por falta de atención médica y seguimiento; y la falta de *voluntad* para la modificación en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento médico.

Experiencia personal de la diabetes

Este apartado está conformado por algunos aspectos que permiten observar el impacto que puede causar una enfermedad crónico-degenerativa, como la diabetes. Lo anterior, como resultado de las creencias, experiencias, y conocimientos que se construyen alrededor de éste fenómeno.

Síntomas percibidos: los síntomas referidos posterior al acontecimiento que detonó la enfermedad se pueden clasificar en categorías culturales: *sentir feo, ausencia de dolor, coraje, y “agarrar” (los síntomas)*; y en elementos propios de la enfermedad: sed, sueño, hambre, vista nublada, cansancio, pérdida de peso. Tal clasificación es importante, debido a que a partir de ésta, se pueden distinguir los elementos culturales involucrados en la definición de los síntomas, por ejemplo:

Me agarró como, como sed, empecé a tomar agua... me agarró así de rápido.

(Señora J., Grupo 1, 25 de Noviembre, 2014)

La primera vez que me agarró me daba mucho hambre, mucha sed, y luego así fue pasando los días. (Señora K., Grupo 1, 29 de Noviembre, 2014)

En tales discursos, el término “agarrar” (definido en la categoría *Sistema de creencias en la explicación de la enfermedad*) hace referencia al contagio de una enfermedad aérea, por tal motivo es considerado una explicación cultural.

Emociones y pensamientos: las emociones y pensamientos que experimentan las personas a partir del diagnóstico, son por lo general catastróficas, producto de la experiencia compartida en su grupo social respecto a las complicaciones de las personas que padecen esta enfermedad; y por otra parte, debido a la información centrada en las consecuencias, difundida por el sector salud. Tales pensamientos, están relacionados con la reducción de las capacidades para desempeñarse en los distintos ámbitos de su vida, y en emociones profundas como la sensación de *no existir en este mundo*. Como se relata a continuación:

¿Por qué me agarró esto? A lo mejor ya me voy a morir, bueno, pensaba yo muchas cosas... no sé como decirle, pero yo me siento mal... pensaba yo que no voy a vivir muchos años... ya me siento como perdida, ya no me siento igual, ya me siento perdida... a veces siento muy triste, me siento, como si yo ya no existiera en este mundo. (Señora K., Grupo 1, 29 de Noviembre, 2014)

Los elementos descritos son relevantes, debido a que forman parte del proceso salud–enfermedad, ya que permiten establecer una determinada actitud ante tal acontecimiento, y el posterior desarrollo de estrategias de afrontamiento. A continuación se describe una segunda fase de este proceso.

Incredulidad y aceptación de la cronicidad: la falta de información sobre la enfermedad, antes y al momento del diagnóstico, genera cierta desconfianza respecto al carácter crónico de ésta. Lo cual deviene en una actitud de indiferencia ante la exigencia de cuidados, cambios en el estilo de vida, y seguimiento médico. Respecto a esto, la mayoría de los participantes manifiesta no haber tenido un control, previo al diagnóstico, dejando pasar un periodo de tiempo para su atención, es decir, cuando los síntomas se volvieron a

manifestar con mayor frecuencia, aceptando con ello, el padecimiento y sus implicaciones. Como se puede observar en el siguiente caso:

No sentí nada... entons no sabía yo nada de esas enfermedades... yo no hice caso, yo solamente me sentía fuerte, me sentía capaz de todo, y el día que me dieron la noticia, o sea que no, no me, pues no me asusté, simplemente decía yo, no, mañana ya estoy bien... Muchos se mueren por lo mismo de que p's nunca se atienden, saben que tienen diabetes y nunca se atienden. (Señor N., Grupo 1, 21 de Enero, 2015)

En cuanto al grupo 2, no se puede afirmar la existencia de una experiencia personal de la diabetes, debido a que no padecen tal enfermedad, pero sí cuentan con un conocimiento en mayor o menor medida, de acuerdo a las experiencias compartidas en el grupo social. Así pues, las similitudes expresadas respecto al grupo 1, relacionadas con los síntomas, son las siguientes: sienten cansancio, ya no tienen ganas de caminar, no aguantan el coraje, ya se quieren dormir, ya no ven.

Por otra parte, las emociones y pensamientos que las personas de este grupo expresan, están relacionadas con una idea catastrófica de la enfermedad, esto nuevamente como producto de las experiencias compartidas en la población.

Y otro aspecto más en el que coinciden, tiene que ver con la incredulidad de la cronicidad de la enfermedad, difundida en este grupo social, lo cual se deja ver en el discurso de uno de los entrevistados, en el que expresa haber escuchado las experiencias de “curación” de la enfermedad, a partir de tratamientos externos.

Ahora bien, las diferencias encontradas, son las siguientes: respecto a los síntomas, prevalece la idea de que este padecimiento provocará dolor, lo cual se contradice con los síntomas experimentados en el grupo 1; a diferencia del grupo 1, en el que la mayoría de los participantes no tenía conocimiento respecto a la enfermedad, algunos de los participantes del grupo 2 cuentan con conocimientos generales, principalmente centrados en las consecuencias y en la cronicidad de la enfermedad, esto, debido a la existencia de casos de pacientes con complicaciones por falta de atención oportuna.

V. CONCLUSIONES

Antes de entrar en materia, vale la pena recordar que el objetivo de esta investigación, consistió en la identificación de la Atribución Social de la DM2, de un grupo de personas que padecen esta enfermedad, así como la influencia de tales explicaciones, en la construcción de estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto, lo que aquí se desarrolla, son los principales hallazgos encontrados al respecto, y que servirán de referencia tanto para los implicados en el tema, como para quien desee dar continuidad al estudio de este amplio fenómeno. Pasaremos pues, a la exposición de las conclusiones.

Respecto a los grupos de referencia y pertenencia, se ha encontrado que estos juegan un papel determinante en la mayoría de las categorías implicadas en el proceso de atribución de esta población, ya que es en estos grupos donde se construyen, aprenden, y comparten, los conocimientos, creencias y valores, que determinan las actitudes que las personas de este contexto tomarán, ante los fenómenos que surjan en la vida cotidiana.

En cuanto a la conducta que establecerá el paciente, posterior al diagnóstico de la enfermedad y las exigencias de ésta, los grupos de referencia y pertenencia: influirán en la manera de percibir la enfermedad, y en las explicaciones que ofrezcan al respecto; en la aceptación o negación de la enfermedad, y por lo tanto en la predisposición que el paciente tenga hacia el tratamiento; funcionarán como facilitadores u obstaculizadores de la búsqueda de tratamiento médico-educativo y del proceso de adaptación a éste; y posibilitarán o entorpecerán la reestructuración de los estilos de vida, tanto individual como grupal-familiar, en la medida en que se desvinculen o involucren en este proceso.

Respecto a los modelos de atención que operan en la comunidad, resulta indispensable que éstos consideren los elementos del contexto más relevantes para el paciente al momento del diagnóstico, ya que tales elementos se encuentran involucrados en la manera en que las personas piensan, sienten, perciben y construyen los conceptos de salud-enfermedad, y por lo tanto, las actitudes que tomarán al respecto, independientemente de las sugerencias de dichos modelos. No tomar en cuenta el contexto y los significados del paciente, implicará la elaboración de un diagnóstico limitado, y por lo tanto, una

intervención poco eficaz, basada en estrategias superficiales para el tratamiento del paciente.

Por lo tanto, es recomendable, la evaluación de las estrategias implementadas en los distintos sectores respecto a la construcción de una cultura de prevención, al diagnóstico de los pacientes, y al tipo de intervenciones dirigidas a la adherencia al tratamiento. Es decir, analizar desde qué postura y paradigma fueron diseñadas, y qué elementos del contexto se están tomando en cuenta para su implementación.

Por otra parte, cabe destacar el acercamiento que el personal de salud del CECACVI ha logrado establecer con la población, ya que es resultante de varios elementos que se han puesto en juego durante un largo proceso, y que dan muestra de un enfoque alternativo a los que podemos observar en otros ámbitos, por ejemplo: la actitud receptora hacia el paciente; el interés mostrado hacia la población a través de diversas campañas de salud con estrategias más contextualizadas en comparación de otros sectores; la implementación de visitas domiciliarias, lo cual ha permitido el involucramiento de las familias en alguna medida, al ámbito sanitario; así como la atención personalizada que reciben los pacientes en cada consulta. Todo esto, ha generado el establecimiento de una familiarización entre la población y el CECACVI.

Sin embargo, existen otros elementos que señalar en cuanto al tipo de relación establecida entre el personal del CECACVI y la población, ya que de seguir optando por una actitud altruista, las consecuencias relativas al “incumplimiento” de las expectativas futuras de la población, podrían ser desalentadoras para el proceso y los logros obtenidos. Es decir, aún cuando lo anterior es muy plausible entre el personal de salud del CECACVI, es pertinente destacar que uno de los puntos que nos ha mostrado la presente investigación, es la relación de dependencia entre la población y el personal que presta el servicios de salud, tanto en el CECACVI como en el sector oficial. Esa relación de dependencia se expresa en la posición que establece la población, al esperar que del exterior les lleguen recursos de todo tipo.

Uno de los elementos coincidentes más relevantes en los grupos con los que se llevó a cabo la presente investigación, tiene que ver con lo que se define como, “condiciones adversas de la población” para la implementación de un modelo de salud eficaz, ya que las personas aseguran que el nivel socioeducativo es un obstaculizador para la comprensión de

la información que proporciona el sector salud al momento de la intervención, lo cual se traduce en un desinterés hacia la adherencia médica-educativa. Sin embargo, tales condiciones también son muestra de la ausencia de un lenguaje común entre personal de salud – usuarios, lo cual genera un efecto contrario al que se pretende lograr con las intervenciones, es decir, la información proporcionada concluye en una serie de confusiones, desinterés, y distanciamiento por parte de la población, hacia este sector.

Por lo tanto, para el diseño de estrategias de intervención más eficaces, resulta indispensable considerar los elementos del contexto puestos en juego en la explicación de las enfermedades, ya que dichos elementos posibilitarán una mayor comprensión del impacto que la enfermedad tiene en esta la población, y por lo tanto, el establecimiento de un puente que permita la generación de estrategias más eficaces en la medida en que sean acordes a los grupos a los que van dirigidas. Cabe aclarar en este punto, que el nivel socioeducativo juega un papel importante, pero no suple a los significados, las interpretaciones y explicaciones que de la diabetes tiene la población, esto es, la atribución social de la enfermedad. Por ello, consideramos que la dimensión simbólica de los procesos psicosociales, adquieren su mayor importancia para el establecimiento de un marco referencial y operativo entre ambos grupos: comunidad-sector salud.

En cuanto a los juicios y explicaciones que formula cada grupo, las diferencias encontradas tienen que ver principalmente, con la ausencia, o falta de información del grupo 2, respecto al grupo 1, lo anterior, debido a que quienes no padecen la enfermedad, establecen un escaso contacto con los modelos de atención existentes, accediendo a ellos, cuando los padecimientos eventuales se encuentran en el límite, lo cual es muestra también, de la ausencia de una cultura de prevención y cuidados médicos.

Respecto a las dimensiones de la Atribución Social de cada grupo, éstas se pueden definir a partir de tres elementos principales: la cultura, las influencias externas, y el modelo biomédico.

Explicación cultural: se refiere a todos aquellos factores propios de las creencias, que se ponen en juego en la elaboración de la explicación de la enfermedad, principalmente las concepciones mágico-religiosas.

Explicación a partir de las influencias externas: se refiere a aquellas explicaciones producto de los cambios propios de la industrialización y la urbanización, que generan modificaciones en los estilos de vida, y que permiten formular comparaciones generacionales, y la elaboración de conclusiones respecto a la influencia de esos cambios, sobre los padecimientos actuales.

Explicación en relación al modelo biomédico: estas atribuciones se encuentran influenciadas por la presencia de los modelos de salud en la comunidad, los cuales generan cierto impacto en la población, e independientemente de la valoración que se les otorgue (positiva o negativa), juegan un papel importante en la elaboración de las explicaciones sobre la enfermedad.

Hasta este punto, hemos dejado claro que no existe una sola atribución de la enfermedad, y que las categorías encontradas en el proceso de elaboración de explicaciones, se encuentran interrelacionadas en todo momento, siendo el grupo social, el punto en el que convergen las dimensiones implicadas.

Ahora vale la pena recordar, que nos encontramos ante sujetos concretos, ubicados en un contexto específico, y que el momento sociohistórico en el que se generen los fenómenos, determinará el impacto y las respuestas que se pongan en juego para el restablecimiento del equilibrio. Por lo tanto, lo que en este momento se ha manifestado, seguirá su curso y transformación.

Por lo tanto, con lo presentado se puede garantizar el cumplimiento del objetivo de la presente investigación, lo cual es reflejo también, del uso de una metodología cualitativa, diseñada y operada para el logro de un acercamiento con la realidad desde los actores sociales, y que no habría sido posible bajo el uso de otros términos y paradigmas. En este sentido, los resultados que se produjeron fueron los esperados, y serán de mejor provecho en la medida en que éstos permitan la elaboración de propuestas o sugerencias para los sectores implicados en el tema. Todo lo anterior, me ha permitido comprender la articulación de diversos procesos psicosociales desarrollados en esta tesis.

Finalmente, cabe mencionar que uno de los pendiente que deja esta investigación, es la profundización en el Sistema de Creencias como una función de carácter cultural, debido a la complejidad que advierte este elemento.

REFERENCIAS

- Alayón, N. (2011). Repensando históricamente la asistencia. Autoanálisis del autor del libro "Asistencia y Asistencialismo". *Revista Debate público. Reflexión de trabajo social- Recuperando historia*. 1(2). Recuperado de:
http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_2/pdf/15_alayon.pdf
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Ander-Egg, E. (1982). *Metodología y practica del desarrollo de la comunidad*. México: El ateneo.
- Andréu, A.J. (s.f.). *Las técnicas de Análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Extraído el 23 de abril, de 2015 desde
<http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Arias, A.J. (2012). *Pobreza y modelos de intervención*. Argentina: Espacio Editorial.
- Bernal, I. L. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 48-51.
- Ceballos, G., González, J. & Méndez, E. (2010). Obesidad: más que un problema de peso. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*. 26(2). Recuperado de
<https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol23num2/articulos/obesidad/>
- DeGovia, G. C., & Julieta Fernández Calderón. (1978). *El grupo operativo teoría y práctica*. México: Extemporáneos, S.A.
- Echebarria, A. (1991). *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echebarria, A. y Villarreal, M. (1991). Modelos clásicos de atribución de causalidad. En Echebarria, A., *Psicología social sociocognitiva*. (p.119) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Evidencia para la política pública en salud*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes (2012). *Los números de la diabetes en México*. Recuperado en http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php

- Federación Internacional de Diabetes (2015). *Llamada mundial a la acción contra la diabetes. Informe sobre el post 2015*. Recuperado en <https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/ES%20Key%20messages%20for%20the%20WEBSITE.pdf>
- Fisher, G.-N. (1992). *Campos de intervención en psicología social*. Madrid: Narcea, S.A.
- Fitzpatrick, R., John, H., Stanton, N., Graham, S., & James, T. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- H. Ayuntamiento de Puebla. (2011). *Programa integral urbano social. Diagnóstico urbano, arquitectónico y social de la Junta Auxiliar San Andrés Azumiatla*. Recuperado en http://www.pueblacapital.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4570&Itemid=.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de población y vivienda 2010. Junta Auxiliar san Andrés Azumiatla*. Recuperado de [file:///Users/nicolasmartinezvillasenor/Downloads/inegi_san_andres_azumiatla%20\(1\).pdf](file:///Users/nicolasmartinezvillasenor/Downloads/inegi_san_andres_azumiatla%20(1).pdf)
- Íñiguez, L.R. (2003). *Análisis del discurso*. Barcelona: UOC.
- Jurgenson, J. L.-G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. (págs. 90-93). México: Paidós.
- Kearney, M., (1986). Los conceptos de aire y susto: representaciones simbólicas del ambiente social y geográfico percibido. En Lozoya, X. & Zolla, C. *La Medicina Invisible*. (p.147) México: Folios Ediciones
- Lozoya, X., Zolla, C. (1986). *La Medicina Invisible*. México: Folios Ediciones
- Marín, J. R., Pastor, M. A., & López Roig, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. *Psicothema*, 249-372.
- Nava, P. B., Gurrola Peña, G. M., & Moysén Chimal, A. (2012). *Diabétes y Psicología de la Salud*. México: Consorcio de Universidades Mexicanas. pp. 13 – 33
- PLAN Nacional de Desarrollo. (2013-2018). Apartado II. Consultado el día 30 de Abril del sitio: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., Herrera, L. (2005, julio – diciembre). *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso de calidad y criterios de calidad*. *Revista*

- Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, SOCIOTAM, XV, 139 –147,
Obtenido el 02 de diciembre de 2014 en
<http://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Rodríguez Orozco, A. (1991). *El Altruismo*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L. Recuperado en:
<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020090981.PDF>
- Salud, O. M. (2012). <http://www.fmdiabetes.org>. Recuperado de
http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de acción: Diabetes Mellitus*. (ISBN 970-721-001-X). Recuperado de
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
- Scambler, A., Scambler, G., (1990). La enfermedad “iceberg” y algunos aspectos de la conducta en el consultorio. En Fitzpatrick, R. *et al. La enfermedad como experiencia*. p.49. México: Fondo de cultura económica
- Timio, M. (1979) *Clases sociales y enfermedad*. México: Nueva imagen
- Souza, F. C., & Aguilar, I. M. (2002). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Alcalá, Madrid: CCS.
- Transparencia. (2014). Recuperado el 3 de diciembre de 2014, de
<http://transparencia.puebla.gob.mx/index.php>
- Vidal, A. S. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Prentice Hall.
- Zemelman, H. (1987). *Conocimiento y sujetos sociales*. México: El Colegio de México.
- Zolla, C. (1986). La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En Lozoya, X. & Zolla, C. *La Medicina Invisible*. (p.19) México: Folios Ediciones

ANEXOS

Anexo 1

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Psicología Maestría en Psicología social

FICHA DE IDENTIFICACIÓN (Grupo 1)																													
A) Datos personales																													
Nombre (opcional):																													
Género:		Edad:			Estado civil:				Ocupación:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">M</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		H	M						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">C</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">UL</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">O</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				C	S	UL	O													
H	M																												
C	S	UL	O																										
Dirección o sector:		Escolaridad:			Creencias religiosas:																								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">L</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>			P	S	B	L	N						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">C</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">P</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">O</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">N</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>							C	P	O	N				
P	S	B	L	N																									
C	P	O	N																										
Con quién vive:									Edades de cada uno de los hijos:																				
F. Ext		Padres		Hermanos		F. Nuclear		Hijos		Otros																			
B) De la enfermedad																													
Tiempo de padecimiento:						Tiempo de tratamiento:																							
Antecedentes familiares y parentesco:						Padece otras enfermedades:																							
Padres		Hermanos		Hijos		F. Ext		Nadie																					
Institución donde se atiende (Diagnóstico y control)						Tratamiento (s) que recibe:																							
Pública		Privada		Otra		Médico		Educativo		Compleme ntario																			

Anexo 2

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología social

FICHA DE IDENTIFICACIÓN (Grupo 2)																													
A) Datos personales																													
Nombre (opcional):																													
Género: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">M</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		H	M			Edad: 		Estado civil: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">C</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">S</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">UL</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">O</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				C	S	UL	O					Ocupación: 									
H	M																												
C	S	UL	O																										
Dirección o sector: 		Escolaridad: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">P</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">S</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">L</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">N</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		P	S	B	L	N						Creencias religiosas: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">C</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">P</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">O</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">N</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				C	P	O	N								
P	S	B	L	N																									
C	P	O	N																										
Con quién vive: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">F. Ext</th> <th style="width: 16.6%;">Padres</th> <th style="width: 16.6%;">Hermanos</th> <th style="width: 16.6%;">F. Nuclear</th> <th style="width: 16.6%;">Hijos</th> <th style="width: 16.6%;">Otros</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>										F. Ext	Padres	Hermanos	F. Nuclear	Hijos	Otros													Edades de cada uno de los hijos: 	
F. Ext	Padres	Hermanos	F. Nuclear	Hijos	Otros																								

Anexo 3

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología social

GUIA DE ENTREVISTA

Grupo 1

En esta conversación, le pediré que intente platicarme a profundidad, los aspectos más relevantes de su experiencia con la Diabetes.

- ¿Sabe qué es la diabetes?

- ¿Se hereda la diabetes?
- ¿Qué es para usted tener diabetes?
- ¿Por qué cree que le dio la enfermedad?
- ¿Por qué a algunas personas les da la enfermedad y a otras no?
- ¿Qué pensó cuando se enteró que tenía la enfermedad?

- ¿Cuáles son sus fuentes de información?

- ¿Qué le dijeron los médicos o enfermeras acerca del diagnóstico?
- ¿Quién más le dio información de la enfermedad?

- ¿Recuerda usted cómo era su vida antes de que le dieran el diagnóstico?

- ¿Recuerda usted qué pasaba en su vida cuando le dio la enfermedad (duelo, separación, divorcio, dificultades con los hijos, etc.)?
- ¿Cómo se sintió cuando le dieron la noticia de la enfermedad?
- ¿Quién la acompañó a recibir el diagnóstico (parentesco)?
- ¿Por qué esa persona y no otra?
- Después del diagnóstico ¿Cómo es su vida actualmente?
- ¿Usted considera que ha tenido cambios en su vida después del diagnóstico?

- ¿Cuál es el tratamiento que recibe?

- Con el tratamiento que recibe ¿se siente bien? ¿Por qué?
- ¿Ha tenido dificultades para seguir el tratamiento? ¿Cuáles? ¿Por qué?
- ¿Tiene algún otro tratamiento?
- ¿Qué hace cuando se siente mal a causa de la enfermedad?

¿Usted considera que el apoyo de la familia, de los vecinos y de otras personas ayuda a sentirse mejor?

- ¿Se siente apoyada por su familia?
- ¿Cómo? ¿En qué? ¿Especialmente por quiénes?
- ¿Qué le dice su familia sobre su enfermedad?
- ¿Ha cambiado algo en su familia a partir del diagnóstico?
- ¿Se siente apoyada por sus vecinos, otras personas o grupos? ¿En qué?
- ¿Cuando se siente mal de quiénes recibe apoyo?
- ¿Por qué decidió integrarse al club de diabéticos?
- ¿Cómo la ha tratado el personal de salud que le atiende en el CECACVI-SIS?
- ¿Para qué le sirve venir al club de diabéticos?
- ¿Asiste a algún otro grupo (religioso, social, medicina alternativa, etc.) en el que usted se sienta apoyado (a) por su enfermedad?

Anexo 4

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología social

GUIA DE ENTREVISTA

Grupo 2

En esta conversación, le pediré que intente platicarme a profundidad, los aspectos más relevantes de su experiencia con la Diabetes.

- 1.- ¿Sabe qué es la diabetes?
- 2.- ¿Se hereda la diabetes?
- 3.- ¿Qué es para usted (tener) diabetes?
- 4.- ¿Por qué da la enfermedad?
- 5.- ¿Por qué a algunas personas le da esta enfermedad y a otras no?
- 6.- ¿De dónde ha recibido información sobre la enfermedad?
- 7.- ¿Usted conoce cuál es el tratamiento de la enfermedad?
- 8.- ¿Usted considera que el apoyo de la familia, de los vecinos y de otras personas ayuda a sentirse mejor a la persona que padece esta enfermedad?
- 9.- ¿Pertenece a algún grupo social?

Anexo 5 Características sociodemográficas Grupo 1

Figura 3

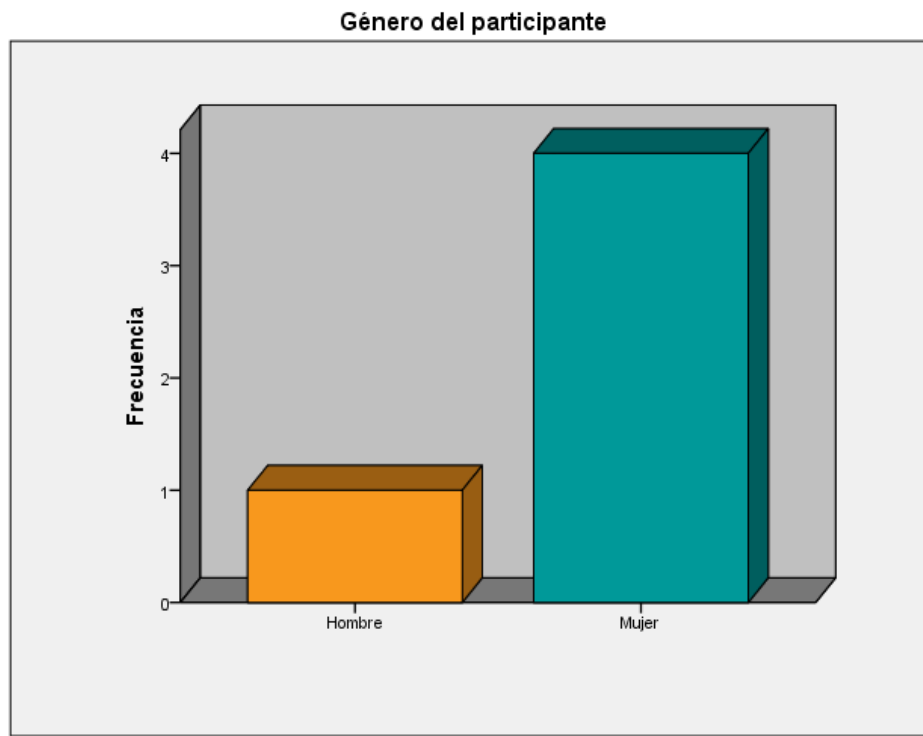


Figura 4

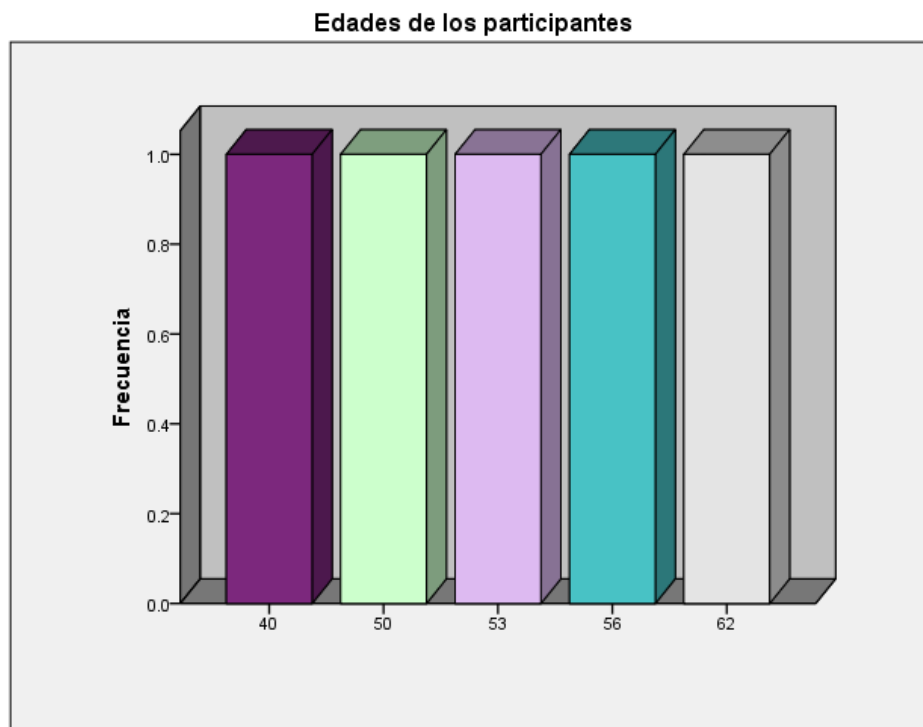


Figura 5

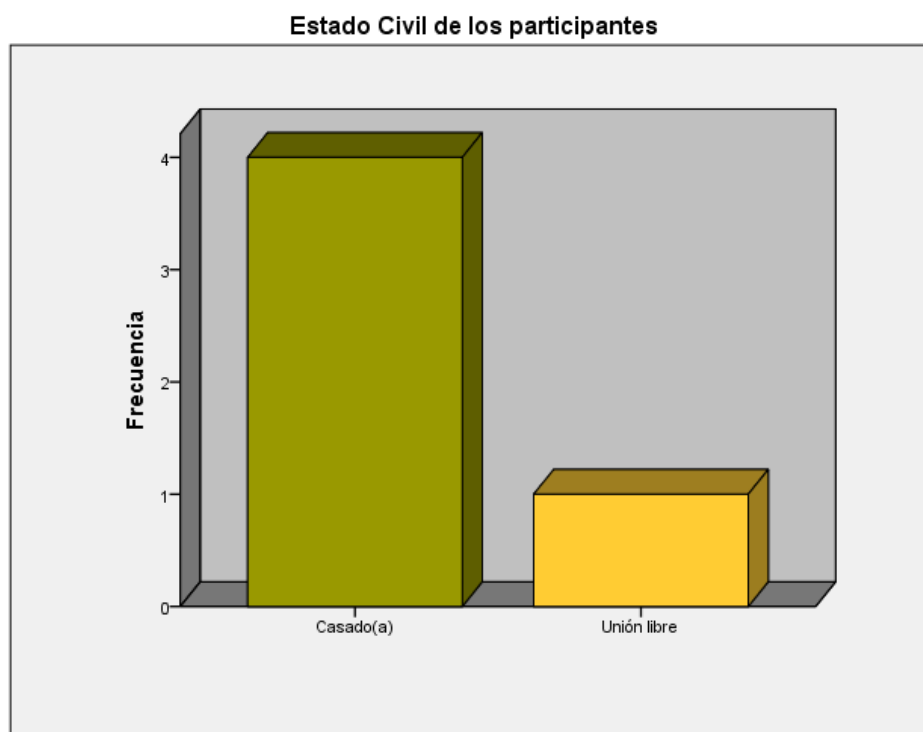


Figura 6

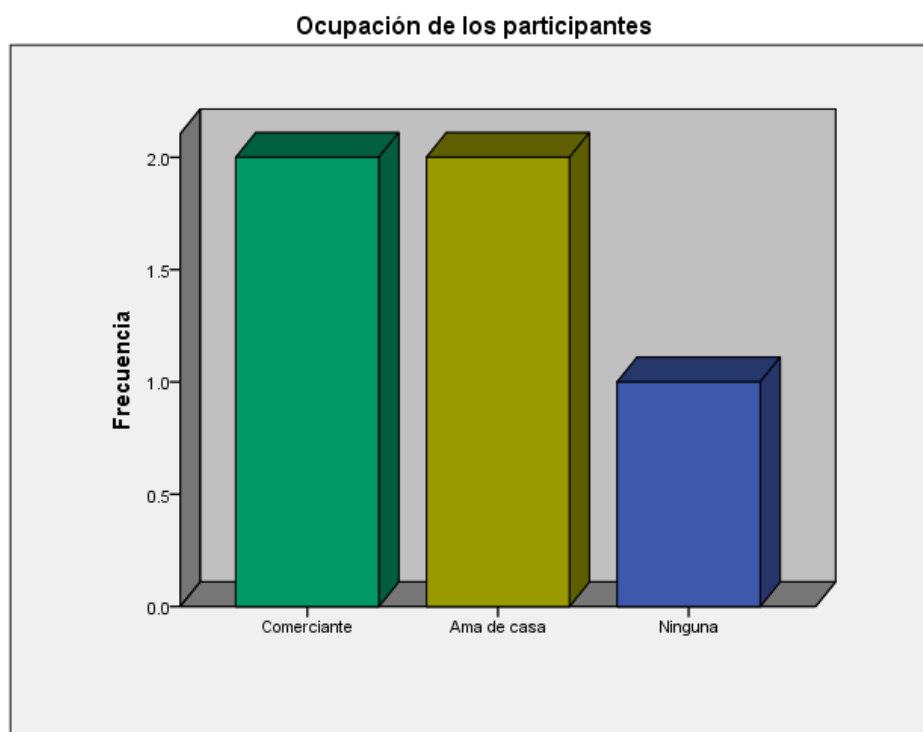


Figura 7

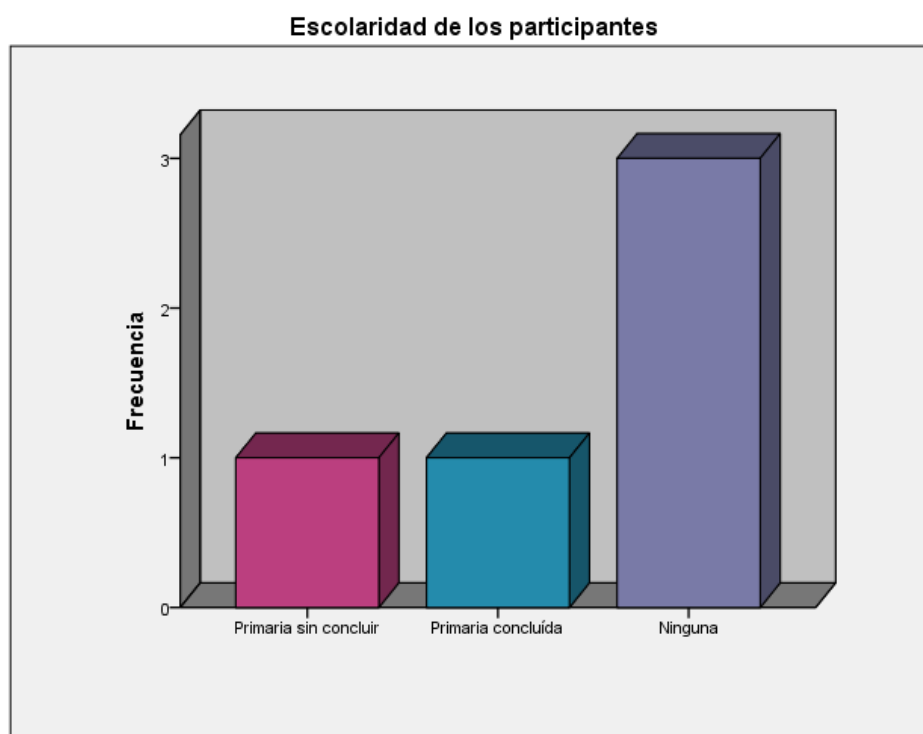


Figura 8

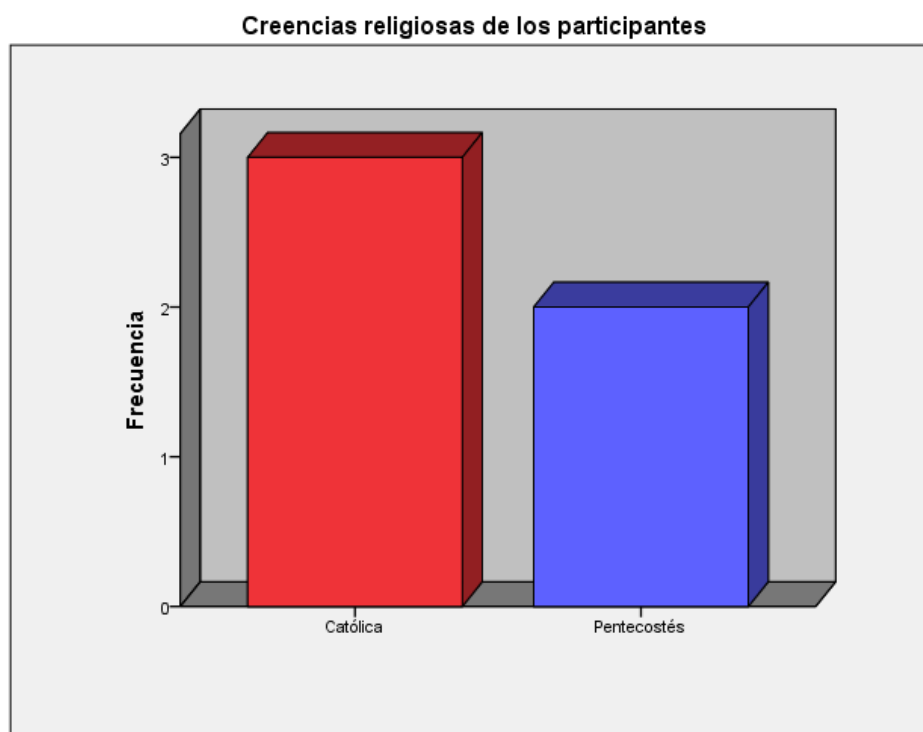


Figura 9

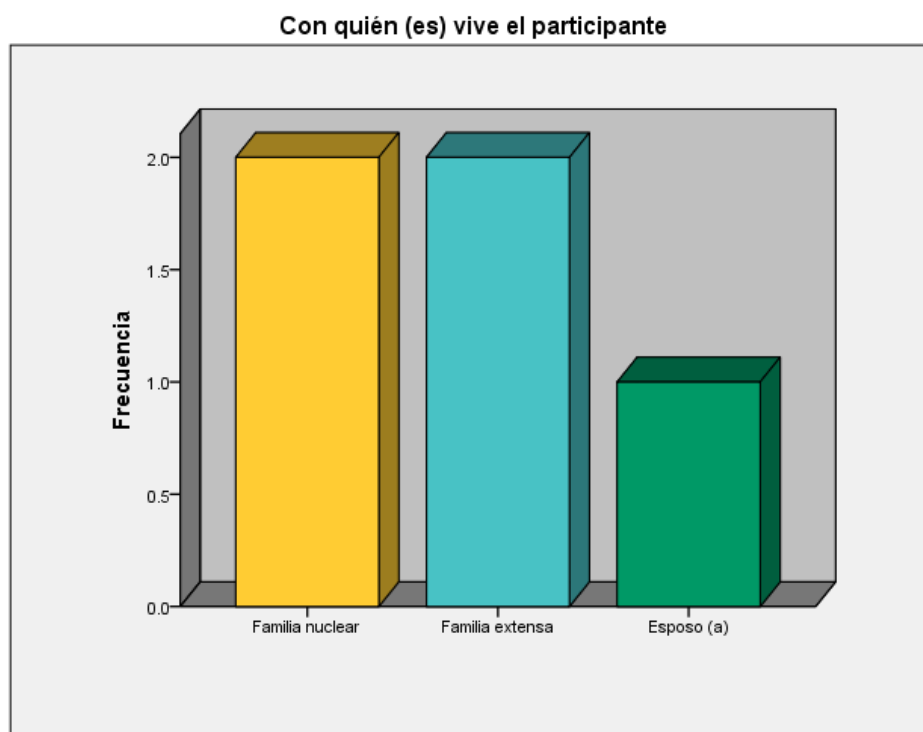


Figura 10

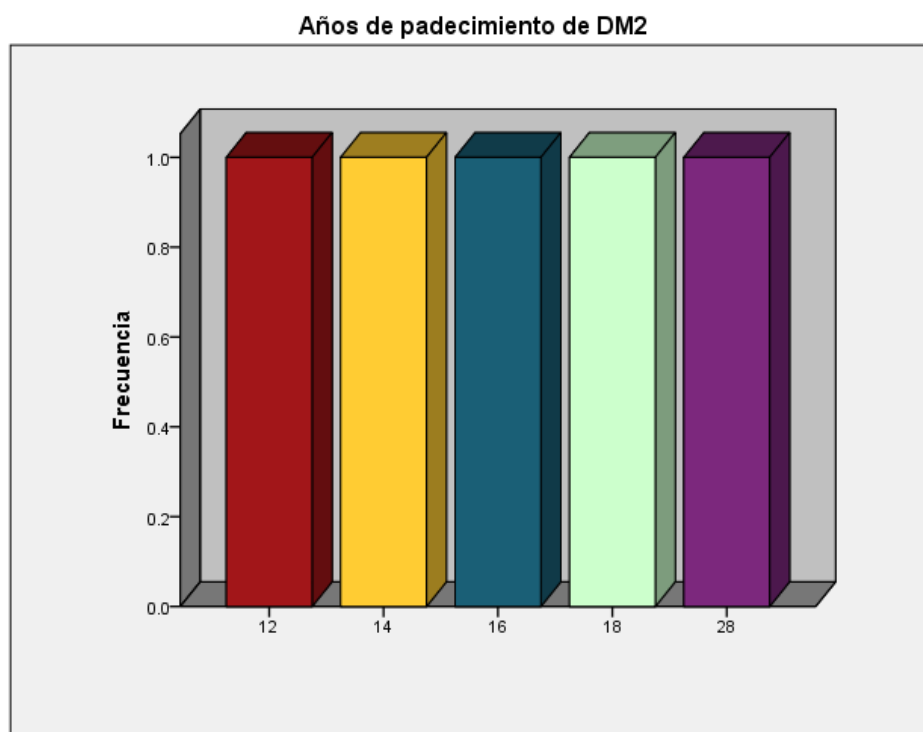


Figura 11

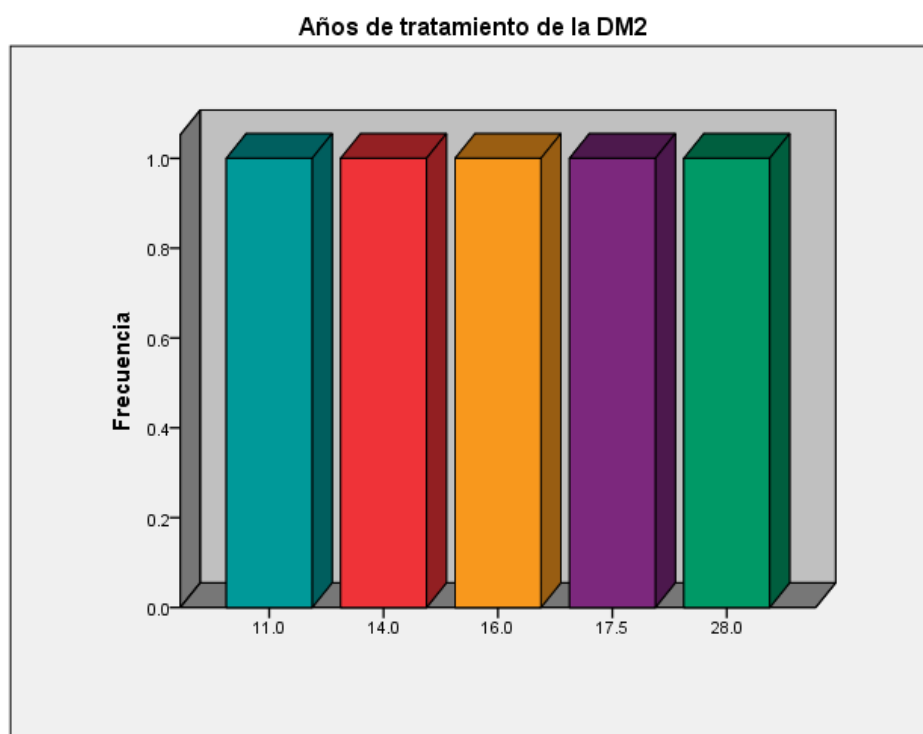


Figura 12

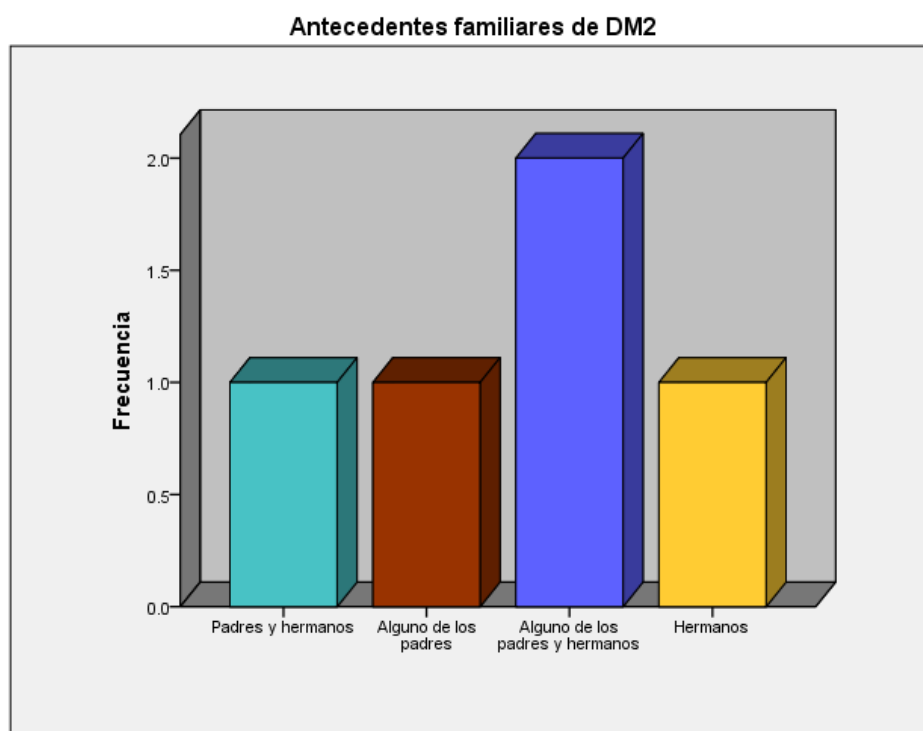


Figura 13

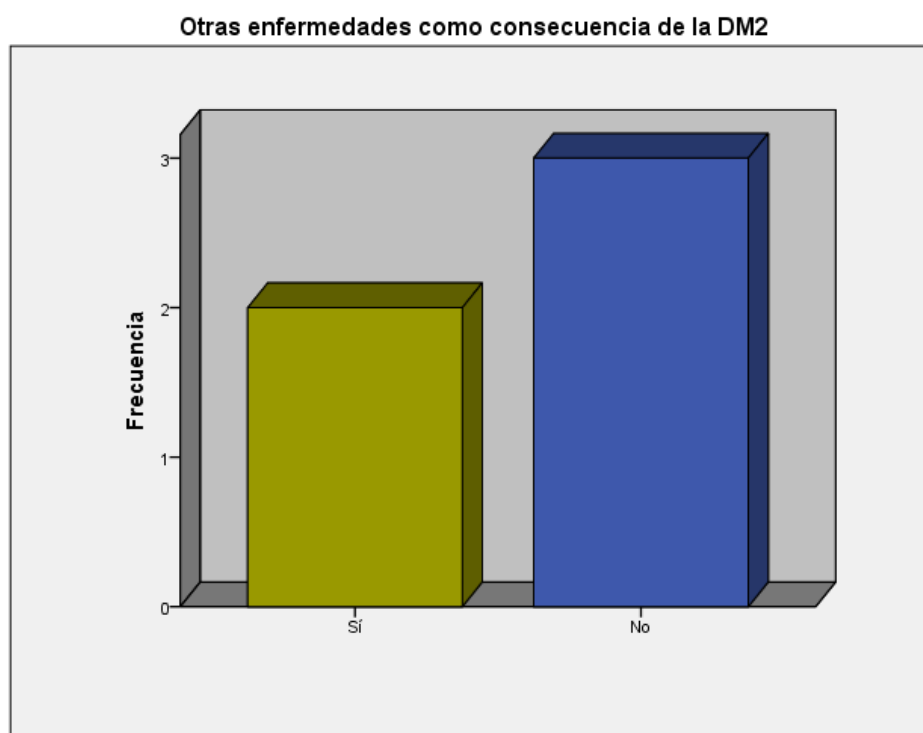


Figura 14

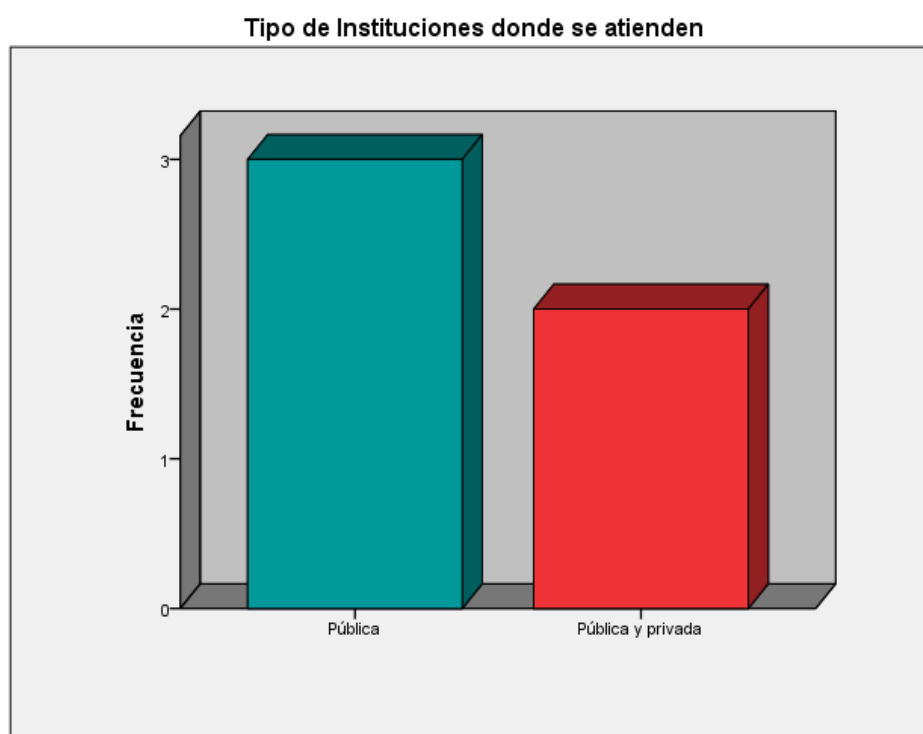
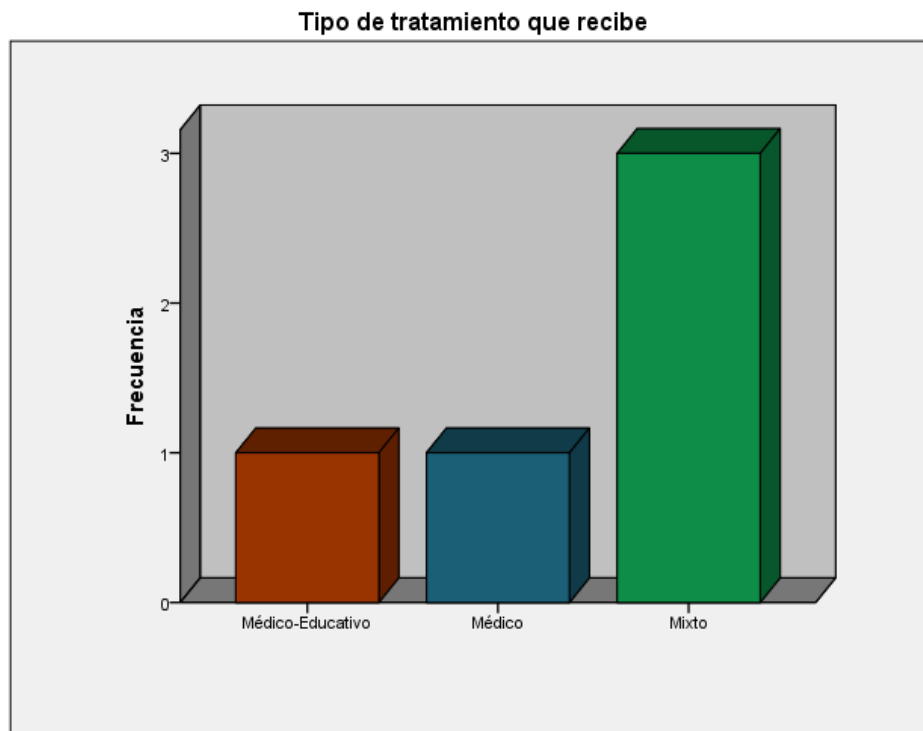


Figura 15



Anexo 6 Características sociodemográficas Grupo 2

Figura16

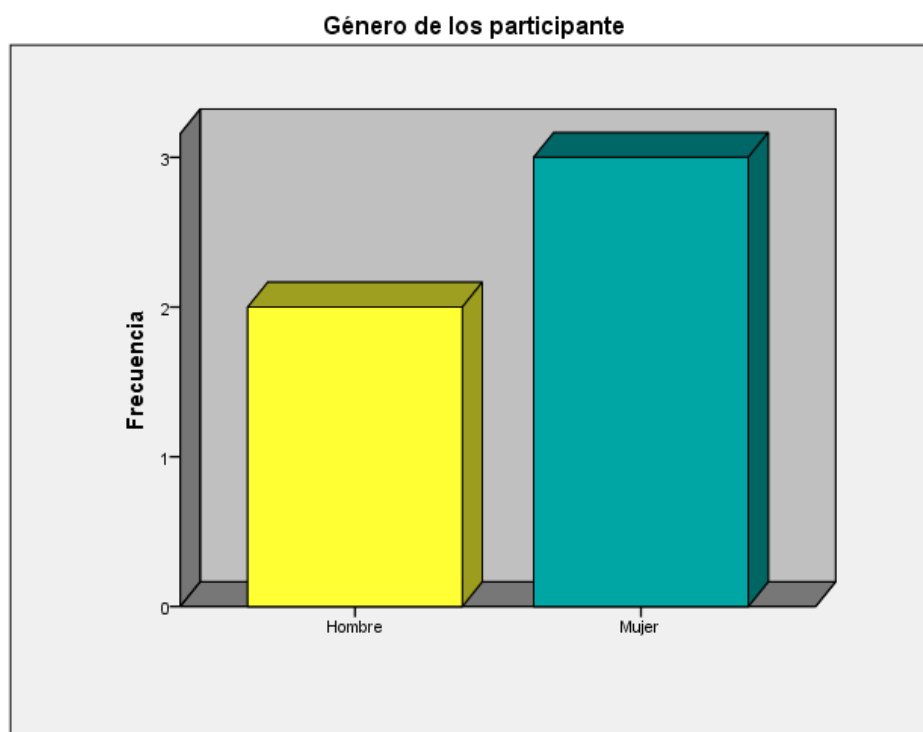


Figura 17

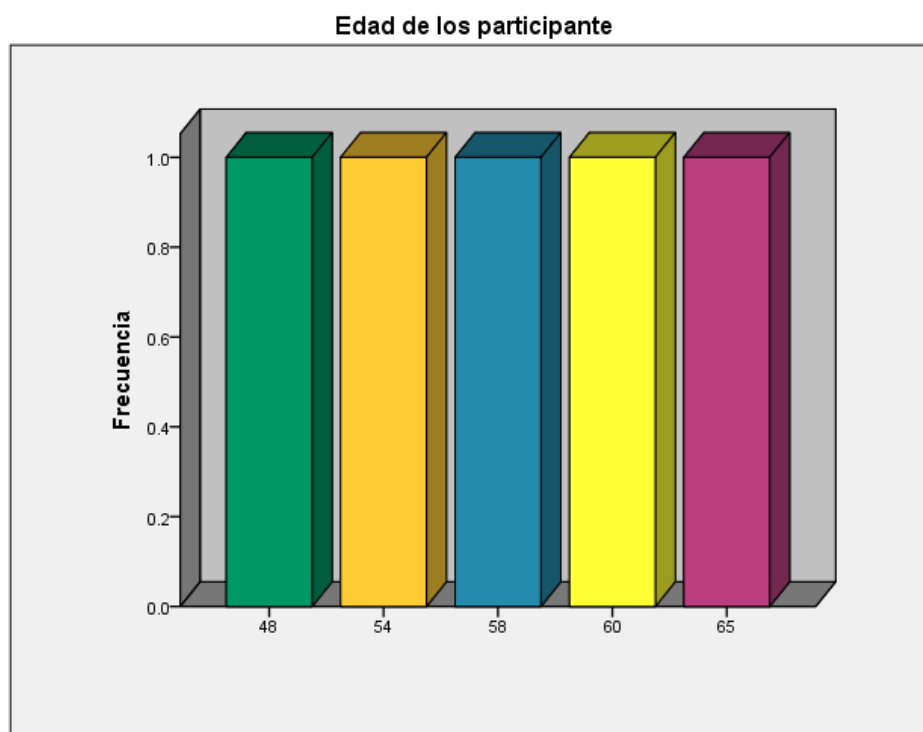


Figura 18



Figura 19

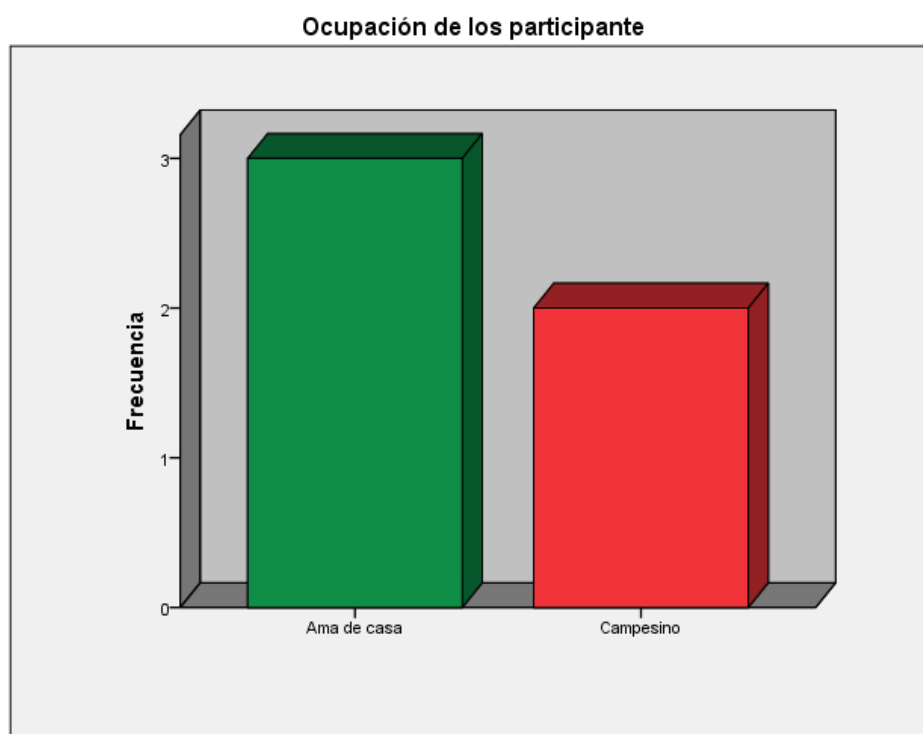


Figura 20

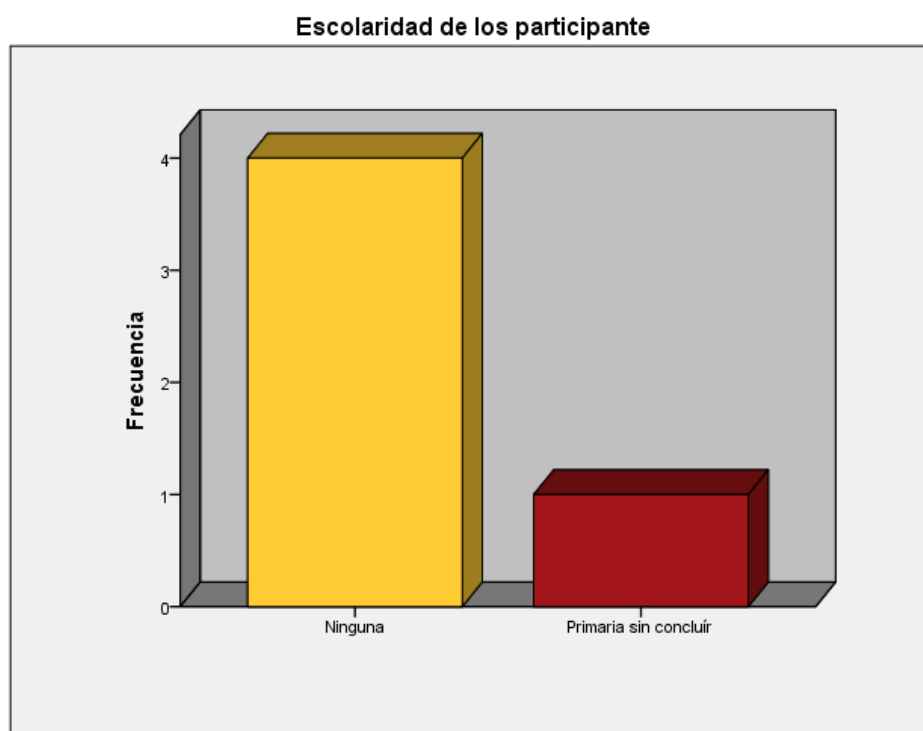


Figura 21

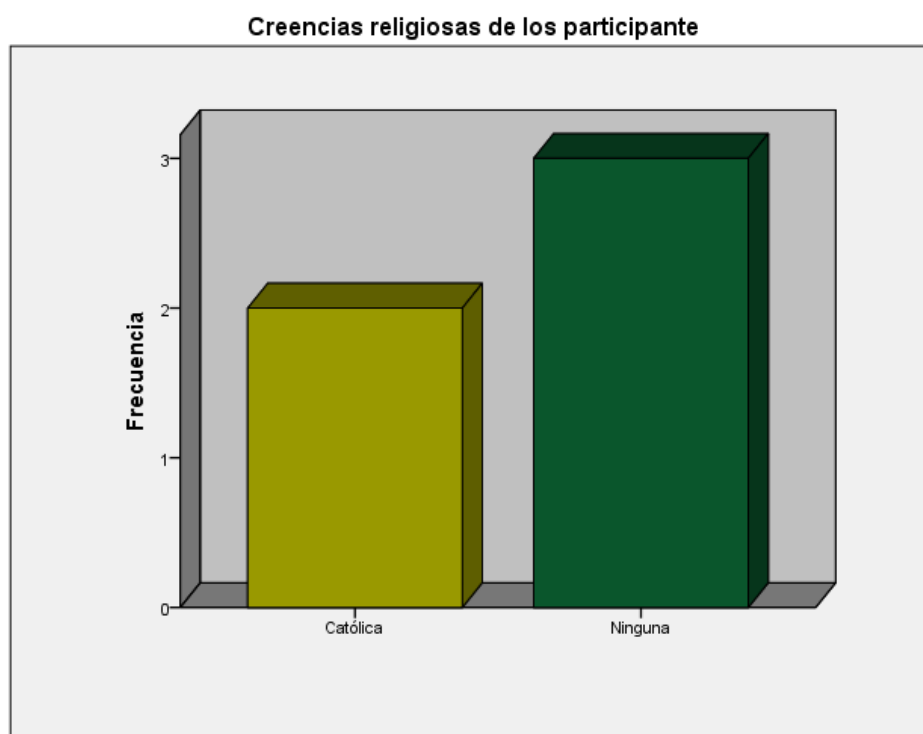


Figura 22

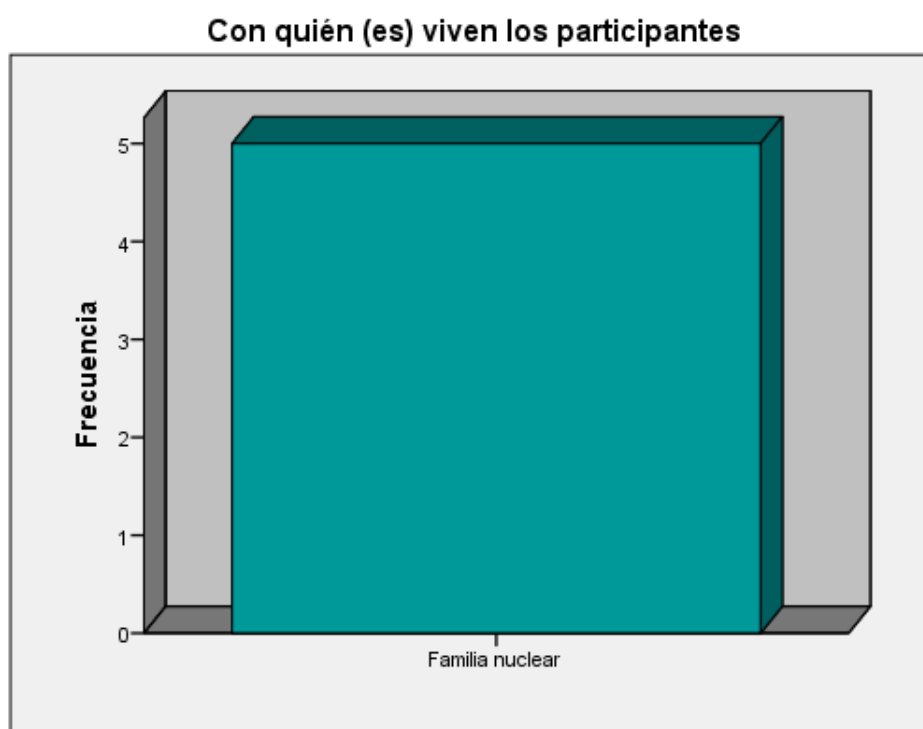


Tabla 6 Categorización Grupo 1

CATEGORÍAS	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES				
		SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5
SISTEMA DE CREENCIAS EN LA EXPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	VARIEDAD DE CAUSAS COMPRAR-TIDAS CULTURAL-MENTE, E INCERTIDUMBRE SOBRE LA ENFERMEDAD	-Información comprartida culturalmente: <i>química, alimentos, enojo</i> - Relaciones familiares conflictivas: <i>"le echo la culpa a mi esposo... siempre haces enojar, nunca me sabes creer, nunca me sabes obedecer"</i> -Acontecimientos estresantes: <i>muertes</i> - Enfermedad como medio de arrepentimiento y conversión: <i>"creer; arrepentirse y pedir perdón a</i>	-Herencia (información internalizada del modelo bio-médico): <i>dicen los doctores que sí... dice que los padres son diabéticos y 'tons nos dejan la herencia'.</i> - Estrés como detonante de enfermedad: <i>preocupación por familiar enfermo</i>	- Situaciones estresantes como detonantes y descontrol: <i>pérdida de hijo; corajes</i> - Herencia -Susto -Exceso de consumo de azúcar: refresco	- Exceso de consumo de azúcar: refresco - Miedo-espanto - Herencia: <i>"ya somos todos: dos hombres, dos mujeres y mi papá"</i> - Como manifestación divina -Mala alimentación: <i>"esta enfermedad por mala alimentación; no hay comida... hasta la tarde comemos cuando estaba chiquita; los que se alimentan bien o no les faltaba (no les da)"</i> - Enfermedad aérea: <i>"como que alguna cosa ya me pegó" (síntomas del derrame cerebral)</i> - Coraje (como causa del derrame)	- Química de los alimentos - Exceso de consumo de azúcar: <i>pastelillos</i> - Destino - Incertidumbre por variedad de explicaciones: <i>"no entendemos mucho la razón de por qué se provoca todo eso"</i> - Herencia (explicación modelo biomédico): <i>el doctor me dijo que era por herencia</i> - Comprobación empírica de la herencia: <i>"me hicieron estudios de sangre y es cuando ya me dijeron por eso creo yo que si es hereditario; yo no he tenido problemas; no así que me haya asustado"</i> - Estrés: <i>"tristeza y problemas familiares estando en otro país"</i>

		<i>Dios</i>				
CONTEX- TO IDEOLÓ- GICO – CULTU- RAL	CONOCI- MIENTOS COMPAR- TIDOS, CREENCI- AS, Y TRATA- MIENTOS ALTERNA- TIVOS	- Suple- mentos alimenti- cios: “hongo michoa- cano” - Herbola- ria: “raíz del nopal; yerbitas” - Negación de la enferme- dad: “no iba yo a checarme... como cinco años; ya no quiero los medicamen- tos... (esposo) prefiero no saber ni qué es lo que tengo y estoy bien”	-Reestruc- turación de creencias como influencia del modelo biomédico: “no tengo fe en esos tés que venden... no me siento segura con eso” - Falta de atención al inicio de la enfermeda- d: “medio año para que me atendieran los doctores”	- Herbolaria: “yerbitas” - Tratami- entos mixtos: “tés amargos y pastillas” - Ausencia de tratamiento por falta de aceptación de enfermedad: no sentía nada; no lo creí; no fui a una consulta” - Auto- control pasivo negativo: “yo mismo siento que ya comí muchas cosas... va a subir la azúcar... pongo mi té... me controlo: (ejercicio) cuando siento algo en mis pies, manos... cuando no hasta se me olvida”	- Fe depositada en el tratamiento alternativo vs tratamiento médico: “300 de azúcar... es que no me tomé las pastillas de omnilife; los tomo y ya me voy a checar; no tengo los pastillas de omnilife... puro de la clínica, se me sube... o no se me baja; licuado de nopál; yerbitas amargos” -Autocontrol pasivo negativo y sustitución del tratamiento médico por alternativo: “no le tomaba yo importancia; me controlo con esas pastillas (suplementos); ya estoy bien; yo creo ya se me subió... este me hago, o este lo tomo”.	- Creencias sobre el tratamiento médico: “la gente nos dice no hagan caso al tratamiento médico, es pura química, agarren puro natural” - Herbolaria: “té amargo: le agarré fe” - Auto- rregulación: “me pongo 20 unidades de insulina, pero si está elevado me pongo hasta 25, se va nivelando; es más trabajo cuando se sube que cuando baja; es lo que voy haciendo”
	DESIGNIO S DIVINOS	- Dios y destino: tener fe; voluntad de Dios.	- Resigna- ción a la “herencia”: “me resigné a la herencia de mis padres”	- Enferme- dad como destino - Resigna- ción: “de todo me conformó; qué le voy a		

				<i>hacer"</i> - Destino: <i>"así es mi vida; déjenme a la voluntad de Dios"</i>		
GRUPOS SOCIALES	GRUPOS DE Pertenencia Y REFERENCIA	- Enfermedad como obstáculo para el desempeño de roles sociales: <i>"una de mis nueras se me enfermó... y no podía ni lavar su ropa... me daba flojera, quería dormir; "</i> - CECACVI: <i>"te van a buscar; preguntan por ti"</i> - Religioso: <i>"ya vamos al tempo, desde que aceptamos; todos mis hijos están allí"</i> - Apoyo familiar: <i>hermanos; primos; esposo; hijos.</i> - Relaciones vecinales (ausencia de apoyo): <i>"cada</i>	- Apoyo familiar: <i>"no amuinar"</i> - El familiar enfermo <i>"mi familia me dice cuídate"</i> - Enfermedad como obstáculo en el desempeño de roles sociales: <i>"él (esposo) se enojaba de que él quería mas hijos... pero yo ya no puedo tener; a veces pienso que es malo que me operé... pero ya no voy a ser culpable... de esas herencias"</i>	- Apoyo familiar: <i>ánimo; económico; lavar trastes y ropa</i> - Ausencia de acompañantes al momento del diagnóstico - El familiar enfermo: <i>"ellos toman refresco"</i> - Religión: <i>me ayuda; nos dieron una oración"</i> - Relaciones en el club de diabetes (CECACVI): <i>desahogo</i> - Enfermedad como obstáculo en el desempeño de roles sociales: <i>"¿y mis trastes? ¿y mi casa? ¿quién lo va a levantar?... hago mis quehaceres pero ya no del todo bien"</i>	- Falta de apoyo al momento del diagnóstico: <i>(esposos): se ve que no tienes nada... nunca me dijo vamos te voy a curar... yo que voy a saber; me estaba preocupando yo misma".</i> - Enfermedad como obstáculo para el desempeño de roles sociales: <i>"Podía yo; los iba yo a ver cada ocho días (padres); hacía quehacer... comida iba yo al molino... echaba tortillas"</i> - El familiar enfermo: <i>"(al esposo) tú si come, estás sano no te vas a enfermar por no comer"</i> - Falta de apoyo de grupo de pertenencia: <i>mi mamá se molesta de que me hablan mis hermanos"</i>	- Apoyo social en la adherencia al tratamiento: <i>estuve en un restaurant americano, mi patrón ordenaba que me prepararan comida especial, ensaladas; rápido me puse bien; me tomaba el medicamento; yo llegué bien acá (México)"</i> - Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento: <i>"siempre andamos juntos, a veces me olvido yo, me recuerda ella (esposa); ando cargando mi medicina; mi familia me va dando ánimo; no vamos a tomar refresco; nosotros queremos que te cuides; mis hermanos, mis tíos todos nos dan ánimo; me imagino que el que de veras no le importa su familia no le importa si esté malo o esté bueno";</i> - Enfermedad

		<i>quien sabe su vida, si tiene medicamentos, si no tiene”.</i>			- CECACVI: <i>“siento como si fuera su mamá; me reciben con brazos”</i> - Religión: <i>“hablando con el señor siento algo en mi corazón.. un gozo, un amor”</i>	como obstáculo para el desempeño de roles sociales: <i>“hay personas que dicen: mi marido ya no me sirve para nada, ya ni trabaja, ya se hizo muy flojo, pero no comprende que está enfermo”.</i>
MODELOS DE INTERVENCIÓN	TIPOS DE ATENCIÓN Y RELACIÓN SANITARIA EN LOS ÁMBITOS PÚBLICO Y PRIVADO	-Estilo de intervención en instituciones: CECACVI (altruismo: <i>“esa doctora me regalaba la insulina... jeringas... me checaba y no me cobraba”</i>)/ SIS (asistencia lismo): <i>“el gobierno manda medicinas ... él (presidente) se preocupa por nuestra salud... sabe que tantas cosas nos quiere hacer el gobierno”</i> - Informa-	-Información diagnóstica: <i>“nada más control; ya no te vas a aliviar”</i> - Enfoque del CECACVI: <i>aprendizajes</i>	- Falta de información diagnóstica: <i>“nada más lo escuché... le das esto a la señora que tiene diabetes”</i> - Impacto de un diagnóstico erróneo (cáncer): <i>“a veces ya no se muere uno por la enfermedad, sino que el susto; me espantaron los doctores que ya nomas un año”</i> - Estilo de intervención del personal del CECACVI: <i>apoyo; medicinas gratis; cumplir caprichos</i> - Interven-	- Falta de información diagnóstica: <i>“tienes diabetes; presentas esto; me dieron pastillas”</i> - Experiencia con servicios de salud pública: <i>“se está muriendo y no le hacen caso; me dicen ¿tienes seguro popular?”</i> - Relación con personal de salud CECACVI: <i>“siento como su fuera su mamá; me reciben con brazos”</i>	- Sistema nacional de salud de USA: <i>“vino la ambulancia; allá hay más delicadeza que acá; me dijeron que es lo que no tenía que comer”</i> - Sistema de salud público: <i>no me gusta, voy por el programa de oportunidades; ahí nos presionan con todo; me pusieron en un programa de diabéticos”</i> - Relación del personal del CECACVI: <i>“me gustó como nos atienden; son muy amables;</i> - Diferencias entre modelos de atención locales (CECACVI/SIS): <i>la mayoría que sabe (como inyectarse insulina) y que tiene control, aprendió en el</i>

		ción parcial al momento del diagnóstico (atención privada): <i>"tienes diabetes, tas alto de la presión, allí están tus medicamentos"</i> - Intervención centrada en las consecuencias de la enfermedad: <i>"la enfermedad daña los miembros del cuerpo"</i> (modelo mixto)		ción centrada en las consecuencias: <i>"nos han platicado que... afecta el riñón, páncreas, y vista"</i>.		<i>CECACVI, no del centro de salud; nos pusieron a hacer ejercicios, en el centro de salud no; nos íbamos a sentar, aguantarnos el hambre; les firmo, ya están libres, los quiero tal día"</i> - Necesidad de un modelo intercultural: <i>"aquí nosotros, la gente, no entiende mucho, porque a veces la mayoría no sabe ni leer ni escribir"</i>.
ESTILOS DE VIDA	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA ESTRUCTURADO, Y LA REESTRUCTURACIÓN A PARTIR DE LA ENFERMEDAD	- Dificultades por estilos de vida en el campo - Experiencias paradójicas como obstáculo en la modificación de hábitos: <i>"trató de ser así (tratamiento) pero creo que más le agarró y se</i>	- Estilos de vida antes y después de la enfermedad: <i>"alegre; no me sentía cansado; trabajaba; me daban ganas de todo VS me siento cansado; con sueño; ya no es igual; me levantaba las 3, las 4am, ahora</i>	- Estilos de vida antes y después de la enfermedad: <i>"me sentía feliz; llevaba el gasto de la casa; ahorita ya no puedo bien"</i>.	- Cambios en el estilo de vida por complicaciones: <i>me operaron, siento feo mi estómago"... mejor ya no como... de que tengo eso (derrame) toda la vida siento mal"</i> - Estilo de vida antes de la enfermedad: <i>"me sentí normal; hacía costuras alegremente; no tuve deudas;</i>	- Estilo de vida como obstáculo en la adherencia: <i>"ayer no me la puse (insulina) porque me fui temprano (trabajo); a veces si se me llega a olvidar"</i>. - Modificación en la evaluación y consumo de alimentos: <i>"como está uno bien... allá las hamburguesas, grasa, pan... todo eso es muy dañoso para nosotros, y yo</i>

		<i>murió"</i> - Experiencia de vivir sin diabetes: <i>"estaba bien; no sentía nada; tranquila; contenta; nada me dolía; tenía 87 kilos".</i>	<i>me levanto a las 5 para hacer ejercicio".</i>		<i>ayudaba a mi familia; hacía comida"</i>	<i>comía mucho, me gustaba mucho... después me empezaron a dar ensaladas, al principio no me gustaba"</i> - Inclusión del grupo familiar en la modificación de los hábitos de consumo: <i>"acostumbrando a los hijos a comer; comen de todo lo que nosotros".</i>
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	OPCIÓN POR EL TRATAMIENTO MÉDICO – EDUCATIVO	- Adopción del tratamiento médico educativo y modificación de hábitos alimenticios: <i>"cualquier cosa ya no quiero; ya no mas la insulina y los medicamentos; debemos de cuidar de no comer tantas cosas"</i>	-Adopción del tratamiento médico – educativo: <i>"hago ejercicio... ya no me siento muy cansado... me dan ganas de levantarme ... cambió mi vida"</i>	- Relación "amistosa" con la enfermedad - Desempeño de roles sociales como afrontamiento ante la enfermedad: <i>"escombré, barrí, hago mi casa... siento que eso me relaja"</i> - Religión como afrontamiento: <i>iba al grupo de la iglesia; me ayuda; nos dieron una oración"</i> - Relaciones de com-	- Fuentes de información: <i>"escucho el radio de donde están esos doctores; me explicaba la señorita X⁹ (enfermera) me dice, cuídate"</i> - Religión como afrontamiento:	- Fuentes de información: <i>CECACVI; centro de salud</i> - Adherencia al tratamiento médico – educativo: <i>la insulina todos los días; me hace sentir bien; yo mismo me lo aplico; los doctores me han dicho qué no tengo que comer, y voy obedeciendo; me he aplicado vitaminas; voy a estar al pendiente en el CECACVI".</i> - Atención oportuna: <i>"yo sí me atendí; me siento bien; tengo ganas de hacer cosas"</i> - Proyectos de

⁹ Se guarda el anonimato de la persona a la que se refiere la entrevistada por efectos éticos de investigación

				pañerismo: desahogo		vida: “no quiero dejar a mis hijos; verlos crecer, guiarlo y que todo marche bien” - Concientización: “comprendo que no estaba bien lo que hacía; me propuse dejar de tomar; dejar golosinas; empecé a mejorar”. - Comunicación con el grupo familiar: “le digo a mis hijos, yo sí estoy enfermo, ¿pero ustedes?... yo no quiero que pase a mayores” - Motivación: “a veces me siento inútil, pero no quiero dejar; le quiero seguir echando ganas” - Actividad física: “es necesario; estoy dispuesto a hacer todo para que me sienta bien; mi mismo cuerpo me lo pide”.
EXPERIENCIA PERSONAL DE LA DIABETES	SÍNTOMAS, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	- Experiencia personal de los síntomas: “se siente feo; agarra sueño; sed; orinar; ceguera” - Emociones: “me sentí mal;	- Experiencia personal de los síntomas: hambre; sed, cansancio. - Pensamientos y emociones acerca de la	- Consecuencias de la dm2: debilidad; cansancio; agobio; delgadez; ya no hacer el trabajo como antes - Experiencia personal de los	- Experiencia personal de los síntomas: sed, coraje, llorar, salir; chis, no duele nada. - Emociones y pensamientos: miedo, pensé morirme, sentía feo, coraje, quería llorar, no quería tener	- Diagnóstico previo a partir de los síntomas: “sentía mareo; pocas ganas; sueño; esa explicación le di a mi manager... y luego me checó, me dijo tú tienes azúcar” - Falta de aceptación de la

		<i>ya no voy a ser mismo de antes"</i> -Incredulidad y aceptación de la cronicidad: <i>"ya no se quitó; de no hacer suficiente ejercicio; dicen que eso ya no se va a quitar"</i>	enfermedad: <i>"a lo mejor me voy a morir; perdida; triste; como si ya no existiera en este mundo"</i> - Complicaciones por DM2: <i>enfermedad del corazón y riñones (causa de fallecimiento del padre de la entrevistada)</i>	síntomas: <i>sentirse mal; no dan ganas de trabajar; bajar de peso</i> - Emociones y pensamientos: <i>"no sentí nada; no lo tomé en cuenta"</i>	<i>eso,</i> - Pensamientos a partir del derrame: <i>"agarra calor y pienso que si no mi páncreas me arde; mi hígado se está dañando; que si no mis riñones".</i> - Cronicidad y falta de aceptación: <i>"me comenzaron a dar pastillas.. y nunca se me quita; yo quiero sanidad; no quiero estar anciana enferma; sáname con tu poder... siempre le pido (a Dios)"</i> -Complicaciones (derrame): <i>dice que por la azúcar, por la presión"</i> - Dificultades a partir de las complicaciones de la DM2: <i>"no me levantaba; para mis necesidades me ayudaba mis nueras; no podía salir mi esposo porque me va a sacar al baño".</i>	enfermedad crónica: <i>"no me asusté; mañana ya estoy bien; yo ni estoy enfermo, yo me siento bien; muchos se mueren porque saben que tienen diabetes y nunca se atienden".</i> - Consecuencias de la DM2: <i>mi vida ha sido más delicada; ya no somos lo mismo; nos da coraje las cosas; no me puedo controlar; ya no me siento igual; solo recuerdo todo lo que fui; a lo mejor yo porque estoy enfermo no aguanto ya esas cosas (disgustos)</i>
--	--	---	--	---	---	---

Tabla 7 Saturación de categorías Grupo 1

SATURACIÓN GRUPO 1		
DIMENSIÓN	MAYOR FRECUENCIA	MENOR FRECUENCIA
DIVERSIDAD DE CAUSAS COMPARTIDAS CULTURALMENTE, E INCERTIDUMBRE SOBRE LA ENFERMEDAD	- Enojo - Estrés: muertes familiares, familiar enfermo, tristeza, crisis familiares. - Herencia (modelo biomédico, internalización del discurso): los padres que son diabéticos dejan la herencia, me hicieron estudios de sangre (asociación con la herencia). - Exceso de consumo de azúcar: refrescos, pastelillos.	- Química de los alimentos - Relaciones familiares conflictivas: hacer enojar, no creer, no obedecer. - Mala alimentación: falta de comida - Enfermedad aérea (definición cultural de la enfermedad): como que alguna cosa ya me pegó.
CONOCIMIENTOS COMPARTIDOS, CREENCIAS SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ALTERNATIVOS	- Herbolaria: yerbas, raíz de nopal, té amargos. - Ausencia de tratamiento al inicio de la enfermedad por falta de aceptación: no iba a checar me, no quiero los medicamentos, prefiero no saber qué es lo que tengo y estoy bien (aseveración del esposo de entrevistada), no sentía nada, no creí, no fui a una consulta. - Tratamientos mixtos: té, suplementos, tratamiento médico.	- Suplementos alimenticios: hongo michoacano, omnilife. - Reestructuración de creencias como influencia del modelo biomédico: no tengo fe en esos té que venden. - Creencias sobre el tratamiento médico: no hagan caso al tratamiento médico, es pura química, agarren puro natural. - Autocontrol pasivo negativo: yo misma siento que ya comí muchas cosas, va a subir el azúcar, pongo mi té, me controlo; cuando siento algo en mis pies, manos (ejercicio activo como prescripción médica), cuando no hasta se me olvida; No le tomaba importancia; me controlo con esas pastillas (suplementos); ya estoy bien; yo creo ya se me subió, éste lo tomo (algún remedio).
DESIGNIOS DIVINOS	- Dios: destino y resignación: déjenme a la voluntad de Dios,	- Enfermedad como medio de arrepentimiento y conversión:

	tener fe; resignación a la herencia; de todo me conformo; qué le voy a hacer; así es mi vida.	creer, arrepentirse, pedir perdón a Dios. - Susto (definición cultural de la enfermedad) - Destino
GRUPOS DE PERTENENCIA Y REFERENCIA	- Enfermedad como obstáculo para el desempeño de roles sociales: no podía ni lavar; él quería mas hijos, pero yo ya no puedo tener; hago mis quehaceres pero ya no del todo bien; Podía yo; los iba yo a ver cada ocho días (padres); hacía quehacer; mi marido ya no me sirve para nada, ya ni trabaja, ya se hizo muy flojo (discurso escuchado por el entrevistado). - CECACVI (club de diabetes): te van a buscar; preguntan por ti; desahogo; siento como si fuera su mamá (debido al trato que recibe); me gusta como nos atienden. - Apoyo familiar: <i>no amuinar</i>; dinero; quehaceres; ánimo; no vamos a tomar refresco. - El familiar enfermo: mi familia me dice, cuídate; ellos toman refresco; tú si come, estás sano; no te vas a enfermar por no comer (entrevistada al esposo). - Apoyo del grupo religioso: me ayuda; nos dieron una oración; hablando con el Señor siento algo en mi corazón; ya vamos al templo, todos mis hijos están allí.	- Falta de apoyo al momento del diagnóstico: nadie me acompañó. Se ve que no tienes nada, nunca me dijo vamos te voy a curar, yo que voy a saber (esposo); me estaba preocupando yo misma. - mi mamá se molesta de que me hablan mis hermanos (familiar). - Apoyo social en la adherencia al tratamiento: mi patrón ordenaba que me prepararan comida especial; rápido me puse bien; yo llegué bien acá (México). - Inclusión del grupo familiar en la modificación de los hábitos de consumo: los hijos comen de todo lo que nosotros.
TIPOS DE ATENCIÓN Y RELACIÓN SANITARIA EN LOS ÁMBITOS PÚBLICO Y PRIVADO	- Diferencias entre modelos de intervención locales: CECACVI (altruista y asistencialista): esa doctora me regalaba la insulina, jeringas, me checaba y no me cobraba; apoyo; medicinas gratis; aprendizaje sobre alimentación y ejercicios, inyectarse insulina;	- Intervención centrada en las consecuencias: la enfermedad daña los miembros del cuerpo; nos han platicado que afecta el riñón, páncreas, y vista; - Impacto de un diagnóstico erróneo (cáncer): a veces ya no se muere uno por la enfermedad, sino que el susto;

	CIS (asistencialismo): el gobierno manda medicinas, él (presidente) se preocupa por nuestra salud, sabe que tantas cosas nos quiere hacer el gobierno; nos íbamos a sentar, a aguantarnos el hambre, les firmo, ya están libres, los quiero tal día; no me gusta, voy por el programa de oportunidades; ahí nos presionan con todo - Relación con personal de salud CECACVI: cumplen mis caprichos; siento como su fuera su mamá; me gustó como nos atienden; son muy amables - Falta de información diagnóstica (ámbito público y privado): nada más escuché: le das esto a la señora que tiene diabetes; tienes diabetes, estás alto de la presión, allí están tus medicamentos (ámbito privado); tienes diabetes, presentas esto, me dieron pastillas; nada más control, ya no te vas a aliviar"	me espantaron los doctores que ya nomas un año. - Experiencia con servicios de salud pública (hospital): (escuché): se está muriendo y no le hacen caso; me dicen ¿tienes seguro popular?; - Sistema nacional de salud de USA: vino la ambulancia; allá hay más delicadeza que acá; me dijeron que es lo que no tenía que comer. - Necesidad de un modelo intercultural: aquí nosotros, la gente, no entiende mucho, porque a veces la mayoría no sabe ni leer ni escribir.
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA ESTRUCTURADO, Y LA REESTRUCTURACIÓN A PARTIR DE LA ENFERMEDAD	- Estilos de vida antes y después de la enfermedad: no sentía nada; tranquila; contenta; nada me dolía; tenía 87 kilos; alegre; no me sentía cansada; trabajaba; me daban ganas de todo; me sentía feliz; llevaba el gasto de la casa; me sentí normal; hacía costuras alegremente; no tuve deudas; ayudaba a mi familia; hacía comida. VS me siento cansado; con sueño; ya no es igual; ahora me levanto a las 5am para hacer ejercicio. Ahorita ya no puedo bien; me operaron, siento feo mi estómago, mejor ya no como, desde que tengo eso (derrame) toda la vida me siento mal.	- Dificultades por estilos de vida en el campo - Experiencias paradójicas como obstáculo en la modificación de hábitos: trató de seguir el trata -miento, pero creo que más le agarró (la enfermedad) y se murió - Estilo de vida como obstáculo en la adherencia: ayer no me la puse la insulina porque me fui temprano (al trabajo); a veces si se me llega a olvidar. - Modificación en la evaluación y consumo de alimentos: como está uno bien, allá las hamburguesas, grasa, pan. Todo eso es muy dañoso para nosotros, y yo comía mucho, me gustaba mucho, después

		me empezaron a dar ensaladas, al principio no me gustaba”.
OPCIÓN POR EL TRATAMIENTO MÉDICO–EDUCATIVO	- Adopción y adherencia al tratamiento médico – educativo: cualquier cosa ya no quiero; sólo la insulina y los medicamentos; debemos de cuidar de no comer tantas cosas; hago ejercicio, ya no me siento muy cansada; me dan ganas de levantarme; cambió mi vida; la insulina me hace sentir bien; yo mismo me lo aplico; los doctores me han dicho qué no tengo que comer, y voy obedeciendo; me he aplicado vitaminas; voy a estar al pendiente en el CECACVI.	- Relación “amistosa” con la enfermedad. - Desempeño de roles sociales como afrontamiento ante la enfermedad: escombré, barrí, hago mi casa, siento que eso me relaja. - Fuentes de información: escucho el radio de donde están esos doctores; me explicaba la señorita X¹⁰ (enfermera) me dice, cuídate” - Atención oportuna: yo sí me atendí; me siento bien; tengo ganas de hacer cosas. - Proyectos de vida: expectativas: no quiero dejar a mis hijos; verlos crecer, guiarlos y que todo marche bien. - Concientización: comprendo que no estaba bien lo que hacía; me propuse dejar de tomar; dejar golosinas; empecé a mejorar. - Comunicación con el grupo familiar - Motivación: a veces me siento inútil, pero no quiero dejar; le quiero seguir echando ganas. - Actividad física: el ejercicio es

¹⁰ Se guarda el anonimato de la persona a la que se refiere la entrevistada por efectos éticos de investigación

		necesario; estoy dispuesto a hacer todo para que me sienta bien; mi mismo cuerpo me lo pide.
SÍNTOMAS, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	- Experiencia personal de los síntomas: se siente feo; agarra sueño; sed; orinar; ceguera; hambre; cansancio; sentirse mal; bajar de peso; coraje; ganas de llorar, salir; no duele nada; mareo. - Pensamientos y emociones acerca de la enfermedad: me sentí mal; ya no voy a ser mismo de antes; a lo mejor me voy a morir; perdida; triste; como si ya no existiera en este mundo; no sentí nada; no lo tomé en cuenta; miedo; pensé morirme; sentía feo; coraje; quería llorar; no quería tener eso. - Incredulidad y aceptación de la cronicidad: ya no se quitó; de no hacer suficiente ejercicio; dicen que eso ya no se va a quitar; me comenzaron a dar pastillas, y nunca se me quita; yo quiero sanidad; no quiero estar anciana enferma; sáname con tu poder, siempre le pido (a Dios)”; no me asusté; mañana ya estoy bien; yo ni estoy enfermo, yo me siento bien; muchos se mueren porque saben que tienen diabetes y nunca se atienden.	- Complicaciones de la DM2: enfermedad del corazón y riñones (causa de fallecimiento del padre de la entrevistada); dice que por la azúcar, por la presión alta (causa del derrame cerebral de la entrevistada) - Consecuencias de la DM2: debilidad; cansancio; agobio; delgadez; ya no hacer el trabajo como antes; mi vida ha sido más delicada; ya no somos lo mismo; nos da coraje las cosas; no me puedo controlar; solo recuerdo todo lo que fui. - Pensamientos a partir del derrame: agarra calor y pienso que si no mi páncreas me arde; mi hígado se está dañando; que si no mis riñones

Tabla 8 Categorización Grupo 2

CATEGORÍAS	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES				
		SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5
SISTEMA DE CREENCIAS EN LA EXPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	DIVERSIDAD DE CAUSAS COMPRAR-TIDAS CULTURAL MENTE, E INCERTIDUMBRE SOBRE LA ENFERMEDAD	-Desconocimiento de las causas: <i>yo no sé por qué</i> - herencia: no creo , <i>la mamá, el papá no se hicieron nada del dedo. Y ahora su hijo si le pasó eso.</i>	-Desconocimiento de la enfermedad: <i>no sé</i> -Refresco. -Por los años <i>cambia</i> -Gusto.	-Herencia: <i>dicen del mismo padre como que le pasa a los bebés, cuando ya crecieron les pasa igual. Yo digo que no.</i> -Azúcar: <i>dicen que por comer dulces, pero quién sabe.</i>	- <i>se va heredando</i> -espanto -coraje -por gusto -por alimento -por tomar refresco -yo no sé de esa enfermedad - son plagas digo yo -de la presión, también pienso por susto -lo ligaron	-Herencia: <i>“la sangre llama a la sangre”.</i> <i>Quién se puede escapar que no tengamos la sangre del papá o de la mamá.</i> - raza -no pensemos como la brujería, a veces dicen que no es cierto porque la mente crea, puede crear cualquier cosa, y las enfermedades yo creo que no. - Coraje -Incertidumbre: <i>no sé de dónde proviene o cómo empieza.</i> -dejadez - Preocupaciones
CONTEXTO IDEOLÓGICO – CULTURAL	CONOCIMIENTOS COMPRAR-TIDOS, CREENCIAS, Y	- Medios de información: <i>no tengo televisión;</i>	-Desconocimiento del tratamiento: <i>¿Apoco para eso ya</i>	- Falta de entendimiento de la enfermedad: <i>no sé por qué</i>	-Creencias como obstáculo en la adherencia al	- Enfermedad “descubierta”: <i>desde niños ya lo traemos la</i>

	TRATA- MIENTOS ALTERNA- TIVOS	<i>se reúne uno ahí (calle) se llegan a platicar de las enfermedades</i> - Informa- ción centrada en las consecuen- cias: <i>dicen que a algunos se les llega a agujerar el pie; le cortaron su pie, a lo mejor no aguantó entonces falleció.</i>	<i>no hay medicina?</i>	<i>no tengo sentido</i>	<i>tratamien- to: la gente luego dice, éste si le vas a hacer y el otro no, que mata la insulina. A veces no se atiende uno rápido porque la ignorancia todavía sigue aquí.</i> - Enferme- dad crónica: <i>ese ya nomas se va controland o algunos me dicen, no, yo ya se le quitó mi pareja, mira, esto y esto tomó, y ya se le quitó, ahora si ya está bien, le digo eso es mentira, yo no lo creo.</i>	<i>sangre dulce, ahorita ya existen muchos aparatos, y antes quién nos detectaba de que llevamos ese problema.</i>
	DESIGNI- OS DIVINOS				<i>-son plagas digo yo</i>	<i>- simplemen- te cuando diosito echa la mano, es cuando se pueden hacer todas las cosas. - estás enfermo, te vamos a</i>

						<i>rezar y te levantas</i>
GRUPOS SOCIALES	GRUPOS DE PERTENENCIA Y REFERENCIA	-Importancia del apoyo familiar: <i>lo llevaron a curar, lo acompañaron, lo sacaron, llegan a cooperar. Si no le hacen caso no se puede aliviar solito; estaba bien, y al poco rato ya (murió) a lo mejor no se ha cuidado, o no la atendieron</i> -Ausencia de grupos sociales: <i>yo no voy ninguna parte</i>	-Apoyo instrumental: <i>su frutita, una tortilla, come, hay que bañarlo</i> -Apoyo económico: <i>es lo que hago a veces, sé de que alguien está enfermo, aquí están veinte pesos, cincuenta, vete al doctor.</i> -Grupo de pertenencia como fuente de información: <i>¿sé que hay familiares que tienen; dice que le sube, da mucha sed; no se por qué pero ahorita si mucha gente ya tiene un vecino está todo flaquito está</i>	-Fuentes de información: <i>cuando vamos a algún lado se platican</i> -Apoyo económico: <i>por lo menos que lo vallan a ver ahí le dejan dado un 20, 50, si le dieron, si no, no ni se presentan</i> -Apoyo emocional: <i>tan siquiera le está pasando lo que él siente, lo que le duele.</i> Información centrada en las consecuencias: <i>dicen se les pudre el pie, los llevan para el hospital y le cortan sus pies, quien aguantó, el aguantó, el</i>	-Apoyo emocional: <i>lo animamos, y ya comenzó a inyectarse con la insulina.</i> -Enfermedad y roles sociales: <i>nos ponemos a platicar mi pareja, que es así y que es muy aburrida, ya todo le duele; ya no es igual trabaja uno.</i> -Importancia del apoyo social: <i>si yo me voy a trabajar yo sé que lo van a ver, se dan cuenta cómo está ella.</i> -Problemas familiares como factor de riesgo: <i>se quería suicidar, y como que me asusté y de ahí es</i>	- Grupo familiar como fuente de información: <i>lo llegué a escuchar por mi suegra, también tuvo la esa enfermedad.</i> - Importancia del apoyo familiar: <i>si no lo apoya sus hijos, se acaba de volada la mamá o el papá, y si tienen apoyo de los hijos está uno contento con toda la familia.</i> - Problemas familiares: <i>a veces las enfermedades por las preocupaciones, necesitamos el apoyo de la familia</i> - Grupo social: <i>nosotros en la familia a veces no juntamos, a veces voy a la iglesia, creo en dios.</i>

			<i>diabético</i> -Ausencia de apoyo en el grupo social: <i>no los ayudamos, se necesita cuando está enfermo, aquí está algo, vete a curarte. Preguntamos cuando ya se murió</i> - Irrelevancia de pertenencia religiosa: <i>un abuelito dice ¿qué religión eres tú?, no le voy a decir soy católica, y ni siquiera llego a la iglesia, o con mis hermanitos si tú lo que quieres hacer, nomas en tu casa puedes.</i>	<i>que no, se va yendo, se muere, oigo que unos aguantan, y otros como hasta por medio año, por mucho.</i>	<i>donde se me subió también la, la prisión</i>	
MODELOS DE INTERVENCIÓN	TIPOS DE ATENCIÓN Y RELACIÓN SANITARIA EN LOS ÁMBITOS PÚBLICO Y PRIVADO	- Importancia de atención oportuna: <i>le cortaron su pie, a lo mejor no aguantó entonces falleció;</i>	-Desconocimiento del tratamiento: <i>¿Apoco para eso ya no hay medicina?</i>		-Tratamiento médico: <i>pastillas, Insulina; estaba tomando las pastillas, ya estaba</i>	-Opción por el tratamiento: <i>mi mamá tiene 130, se ha cuidado, porque ya está abuelita, y</i>

		<i>a veces los atienden y quedan bien; hasta que ya lo llevaron al doctor y le dijeron que tiene diabetes; aquella persona la atendieron y estaba más de grave y se alivió</i> <i>-Tratamiento: le daban la pastilla, y le daban una cucharada de medicina</i>			<i>muy delgada, más débil, y con la insulina ya se compuso algo, tomó su peso.</i> <i>- Información CECACVI: dijeron que hay que cuidar que alimento uno va a comer, que ya no va a comer uno grasoso.</i>	<i>sin embargo anda todavía. A veces así siente, pues luego va al doctor.</i> <i>- Fuente de información: los doctores a veces si nos dice nos hacen las preguntas has tenido una familia con este tipo de enfermedad y ya nos damos cuenta que de ahí vienen los tipos de enfermedades</i> <i>- Información diagnóstica: el doctor decía, no se amuine, esto debe de ser por algún coraje, o por cualquier cosita que sea, le puede ocasionar.</i>
ESTILOS DE VIDA	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA ESTRUCTURADO, Y LA	Estilo de vida estructurado: <i>todo el día hago, me pongo a lavar, a barrer, trabajo mi molino,</i>	-Consecuencias de la enfermedad: <i>una señora que falleció, dicen que tenía la diabetes</i>	Modificación en el estilo de vida estructurado socialmente: <i>ni un vaso de refresco no</i>	- Adopción de hábitos externos a la comunidad : <i>yo pienso que ha de ser por el refresco que ya vino</i>	- Sobrevaloración de los alimentos: <i>no te preocupes de cómo te vas a morir, tu come y ya; los doctores</i>

	REESTRUC- TURACIÓN A PARTIR DE LA ENFER- MEDAD	<i>acabo de moler, muelo mis tortillas, así trabajo</i>		<i>van a probar, ni grasa</i>	<i>a salir aquí, antes casi no se enfermaba mucho de eso. Reestruc- turación del estilo de vida: hacíamos un trabajo entre los dos, desgraci- adamente como ahorita estamos, ya no.</i>	<i>también nos dicen: pruébalo, pero no exageres. Lo que es bueno nomas le damos el sabor porque ya sé que no es bueno para mi. - Nivel socioeco- nómico: por falta de recursos que a veces no se puede, aunque quisiera comer algo que si nos ayude, pero no hay - Estilo de vida como causante de la enfermedad: a veces en lugar de que piense en el mantenimien- to de su cuerpo, no se preocupa, anda un poco mal y mal comido. - Modifica- ción del estilo de vida de la población: comíamos puras cosas naturales aquí de la</i>
--	---	---	--	---------------------------------------	---	---

						<i>tierra, embazado o enlatado no conocíamos; este año cuanta contaminación; apenas que empezaron los fertilizantes ya algunos quelites están contaminados.</i>
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	OPCIÓN POR EL TRATAMIENTO MÉDICO – EDUCATIVO		-Ausencia de estrategias de afrontamiento: <i>una señora ya se murió y fue nomas a una consulta, se desesperó, ya no le dio ganas de comer</i>		Ausencia de estrategias de afrontamiento: (atención médica): <i>no lo podemos hacer, y a veces también porque se gana la voluntad.</i>	Ausencia de estrategias de afrontamiento: <i>en lugar de que ayudemos nuestro cuerpo, vamos creando otras enfermedades, “yo creo que porque tengo la azúcar ya siento este problema” así es como nos acabamos más rápido, porque en lugar de que nos demos cuenta de que no tengo que morir.</i> - Afrontamiento en el grupo de pertenencia: <i>mi mamá</i>

						<i>sabe que tiene, sin embargo come bien, tranquilo, sale a pasear, anda con sus hijas, no se preocupa, vive.</i>
EXPERIENCIA PERSONAL DE LA DIABETES	SÍNTOMAS EMOCIONES, Y PENSAMIENTOS	-Síntomas: <i>a lo mejor va a doler o algo así.</i> -Pensamientos: <i>si no fuera peligroso, no falleciera la señora tan rápido.</i>	-Síntomas: <i>no me doy cuenta cómo se siente; dicen que ya no ven, ya no tienen ganas de, caminar, sienten cansancio</i>	-Emociones: <i>se sentirían muy tristes, dicen ya no comen nada, quien sabe qué cosa les dicen que coman, se sentirían mal.</i>	Síntomas: <i>se siente cansado, ya no aguanta el coraje, ya se quiere dormir.</i> - Consecuencias de la enfermedad: <i>ya no es como cuando uno está normal se siente muy cansada, le duele sus huesos, le duele a veces la cabeza, le duele el estómago, a veces le agarra diarrea; se hinchan los pies, se seca, ya no puede trabajar bien, ya es muy peligroso, la piel ya</i>	Consecuencias: <i>ya no pueden beber refresco, agua de dulce, es muy delicado por las enfermedades que tengan, si está muy alterado se debe de cuidar mucho, pérdida de la vista, de los dientes, se pone uno muy delicado.</i> - Enfermedad crónica: <i>para controlar eso si es difícil, no hay medicina, nada más control; dice una señora: yo de plano no me lleven con un doctor, dejen que me muera,</i>

					<i>no es igual. Yo mismo lo veo.</i> <i>-Pensamientos sobre la enfermedad: no quisiera yo tenerlo; esa enfermedad (es) muy mala, les quita la vida rápido, si no se atienden se van rápido.</i>	<i>porque si me llevan con el doctor y me doy cuenta de qué, ya estoy contando mis días, si no tengo cura, ¿qué hago? para qué me van a estar llevando, si de por si ya se que me voy a morir; no sé qué pastillas son pero si le llega a faltar uno, a veces la presión le baja, o le sube.</i> <i>- Pensamientos: es un poco delicado pensar en la diabetes, en eso ya pueden salir más enfermedades.</i>
--	--	--	--	--	---	---

Tabla 9 Saturación de categorías Grupo 2

SATURACIÓN GRUPO 2		
DIMENSIÓN	MAYOR FRECUENCIA	MENOR FRECUENCIA
DIVERSIDAD DE CAUSAS COMPARTIDAS CULTURALMENTE, E INCERTIDUMBRE SOBRE LA ENFERMEDAD	- Desconocimiento e incertidumbre de las causas: <i>yo no sé de esa enfermedad de dónde proviene o cómo empieza.</i> - Herencia: <i>“la sangre llama a la sangre” vs “yo digo que no”</i>	- Gusto - Refresco - Dulces - Cambios que vienen con los años - <i>espanto</i> - <i>coraje</i> - <i>por gusto</i> - <i>por alimento</i> - <i>plaga</i> - <i>ligadura</i> - <i>raza</i> - <i>dejadez</i> - <i>Preocupaciones</i>
CONOCIMIENTOS COMPARTIDOS, CREENCIAS SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ALTERNATIVOS		- Medios de información: <i>televisión; se reúne uno ahí (calle) se llegan a platicar de las enfermedades</i> - Desconocimiento del tratamiento: <i>¿Apoco para eso ya no hay medicina?</i> - Falta de entendimiento de la enfermedad: <i>no sé por qué no tengo sentido</i> - Creencias como obstáculo en la adherencia al tratamiento: <i>mata la insulina; a veces no se atiende uno rápido porque la ignorancia todavía sigue aquí.</i> - Enfermedad crónica: <i>se va controlando, algunos me dicen, ya se le quitó a mi pareja, esto tomó, le digo eso es mentira, yo no lo creo.</i> - Enfermedad “descubierta”: <i>desde niños ya traemos la sangre dulce, ahorita ya existen muchos aparatos, y antes quién nos detectaba de que llevamos ese problema.</i> - Información centrada en las consecuencias: <i>dicen que a algunos</i>

		<i>se les llega a agujerar el pie; le cortaron su pie, a lo mejor no aguantó, entonces falleció; los llevan para el hospital y le cortan sus pies; oigo que unos aguantan, y otros como hasta por medio año, por mucho.</i>
DESIGNIOS DIVINOS: Causa cultural y religiosa		- Plagas - <i>Cuando diosito echa la mano es cuando se pueden hacer todas las cosas.</i> - <i>Estás enfermo, te vamos a rezar y te levantas</i>
GRUPOS DE PERTENENCIA Y REFERENCIA	- Tipos de apoyo: instrumental (<i>comida, bañarlo</i>) -económico (<i>veinte pesos, cincuenta, vete al doctor</i>) -emocional (<i>animamos</i>) -Grupo de pertenencia como fuente de información: <i>familiares (suegra, mamá, esposa, tíos); mucha gente ya tiene; un vecino está todo flaquito está diabético;</i>	-Importancia del apoyo familiar: <i>lo llevaron a curar, lo acompañaron, lo sacaron, llegan a cooperar; no se puede aliviar solito; estaba bien, y al poco rato ya (murió) a lo mejor no se cuidó, o no la atendieron; si no lo apoya sus hijos, se acaba de volada la mamá o el papá, y si tienen apoyo de los hijos está uno contento con toda la familia.</i> -Ausencia de grupos sociales: <i>yo no voy ninguna parte; no le voy a decir soy católica, y ni siquiera llego a la iglesia, o con mis hermanitos si tú lo que quieres hacer, nomas en tu casa puedes.</i>
TIPOS DE ATENCIÓN Y RELACIÓN SANITARIA EN LOS ÁMBITOS PÚBLICO Y PRIVADO		-Desconocimiento del tratamiento: <i>¿Apoco para eso ya no hay medicina?</i> -Importancia del tratamiento médico: <i>mi mamá tiene 130, se ha cuidado. A veces así siente, pues luego va al doctor</i> - Fuente de información: <i>los doctores nos hacen preguntas: has tenido una familia con este tipo de enfermedad, y ya nos damos cuenta que de ahí vienen los tipos de enfermedades.</i> - Información diagnóstica: <i>el doctor decía, no se amuine, esto</i>

		<i>debe de ser por algún coraje, o por cualquier cosita le puede ocasionar. Tratamiento médico: pastillas, Insulina.</i> <i>- Información CECACVI: dijeron que hay que cuidar que alimento uno va a comer</i>
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA ESTRUCTURADO, Y LA REESTRUCTURACIÓN A PARTIR DE LA ENFERMEDAD	<i>-Estilo de vida estructurado: me pongo a lavar, barrer, trabajo mi molino, así trabajo; en lugar de que piense en el mantenimiento de su cuerpo, no se preocupa, anda un poco mal y mal comido; comíamos puras cosas naturales, de la tierra, empezaron los fertilizantes ya algunos quelites están contaminados; ha de ser por el refresco que ya vino a salir aquí</i>	<i>-Consecuencias de la enfermedad: una señora que falleció dicen que tenía diabetes.</i> <i>-Reestructuración del estilo de vida: hacíamos un trabajo entre los dos, desgraciadamente como ahorita estamos, ya no; ni un vaso de refresco van a probar, ni grasa; ; Lo que es bueno nomas le damos el sabor porque ya sé que no es bueno para mi.</i> <i>-Obstáculos en la modificación de estilo de vida: por falta de recursos que a veces no se puede, aunque quisiera comer algo que si nos ayude, pero no hay.</i> <i>- Sobrevaloración de los alimentos: no te preocupes cómo te vas a morir, tu come y ya; los doctores también nos dicen: pruébalo, pero no exageres.</i>
OPCIÓN POR EL TRATAMIENTO MÉDICO–EDUCATIVO	<i>-Ausencia de estrategias de afrontamiento: una señora ya se murió y fue nomas a una consulta, se desesperó, ya no le dio ganas de comer; (atención médica): no lo podemos hacer, y a veces también porque se gana la voluntad; en lugar de que ayudemos nuestro cuerpo, vamos creando otras; así es como nos acabamos más rápido, porque en lugar de que nos demos cuenta de que no tengo que morir.</i>	<i>Afrontamiento en el grupo de pertenencia: mi mamá sabe que tiene, sin embargo come bien, tranquilo, sale a pasear, anda con sus hijas, no se preocupa, vive.</i>

SÍNTOMAS, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	-Síntomas: <i>a lo mejor va a doler; dicen que ya no ven, ya no tienen ganas de, caminar, sienten cansancio; ya no aguanta el coraje, ya se quiere dormir.</i> -Pensamientos: <i>si no fuera peligroso, no falleciera la señora tan rápido; no quisiera yo tenerlo; es un poco delicado pensar en la diabetes, en eso ya pueden salir más enfermedades; esa enfermedad (es) muy mala, les quita la vida rápido, si no se atienden se van rápido.</i>	-Emociones: <i>se sentirían muy tristes, se sentirían mal.</i> -Consecuencias de la enfermedad: <i>ya no es como cuando uno está normal se siente muy cansada, le duele sus huesos, le duele a veces la cabeza, le duele el estómago, a veces le agarra diarrea; se hinchan los pies, se seca, ya no puede trabajar bien, ya es muy peligroso, la piel ya no es igual; ya no pueden beber refresco, es muy delicado por las enfermedades que tengan, se debe de cuidar mucho, pérdida de la vista, de los dientes.</i> -Enfermedad crónica: <i>para controlar eso si es difícil, no hay medicina, nada más control; dice una señora: de plano no me lleven con un doctor, dejen que me muera, porque si me llevan con el doctor y me doy cuenta de qué, ya estoy contando mis días, si no tengo cura, ¿qué hago? para qué me van a estar llevando, si de por si ya se que me voy a morir; no sé qué pastillas son pero si le llega a faltar uno, a veces la presión le baja, o le sube.</i>
---	--	--