



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**HABITUS, DINÁMICA FAMILIAR Y CAPITAL SOCIAL DE LAS  
PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL  
PRESENTA:

**NANCY DE LA CRUZ OJEDA**

TUTORA:  
DRA. ALICIA HAMUI SUTTÓN  
Facultad de Medicina

MIEMBROS DEL COMITÉ:  
DRA. JUANA ELVIRA SUAREZ CONEJERO  
MTRA. MARÍA CONCEPCIÓN REYES ALVAREZ  
MTRA. NORMA CRUZ MALDONADO  
MTRA. GUADALUPE CAÑONGO LEÓN  
Escuela Nacional de Trabajo Social

Ciudad Universitaria, marzo de 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Dedicatorias**

A Dios por ser mi guía en cada uno de los proyectos que emprendo. Porque sé que de su mano todo llega a buen término y en el tiempo perfecto.

A mis padres porque son el motor de mi vida, son quienes me han mostrado el camino a seguir y son una guía para alcanzar mis metas. Pero sobre todo por su amor incondicional.

A ti que siempre has estado a mi lado y me motivas a seguir mis sueños, que has estado en cada momento de desesperanza, agotamiento y renuncia para decirme las palabras correctas para no claudicar en el camino. Por compartir los momentos de alegría y júbilo. Y demostrarme tu amor, mil gracias.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por reabrirme sus puertas y brindarme su apoyo para la dedicación de tiempo completo a mi formación como maestrante en Trabajo Social y la presente investigación.

A mi tutora la Dra. Alicia Hamui Sutton, por cada uno de los aprendizajes a lo largo de estos dos años, por ser mi guía en este camino. Sin usted este trabajo no hubiera sido posible. Muchas gracias.

A cada integrante del jurado revisor Dra. Juana Suárez, Mtra. Concepción Reyes, Mtra. Norma y Mtra. Guadalupe Cañongo, por su tiempo invertido en este trabajo, por sus observaciones y comentarios que permitieron enriquecerlo.

A cada uno de mis entrevistados, un gran reconocimiento por permitirme conocer parte de su historia de vida y brindarme su tiempo.

A mis amigas y compañeras en esta etapa de la maestría Marisol Pérez, Samantha Vega, Cynthia Santoyo y Noemí García por su acompañamiento, por sus comentarios, por cada uno de los aprendizajes compartidos, mil gracias. Porque sea el comienzo de una gran amistad.

A la licenciada Araceli Rosas Gutiérrez por motivarme a continuar con mi formación académica, por sus enseñanzas y compartir su amor por la investigación.

A la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, al Centro de Salud T-III "Dr. José Zozaya" y en especial al Dr. Garifas y la enfermera Aída por las facilidades otorgadas para realizar las entrevistas.

# Índice

## Introducción

### Capítulo I

#### Marco Teórico

1.1 El Habitus	1
1.2 Mapa psicosocial familiar	7
1.2.1 Modelo sistémico de la enfermedad	8
1.2.2 Tipología psicosocial de la enfermedad	8
1.2.3 Fases temporales de la enfermedad	11
1.2.4 La respuesta del sistema familiar	13
1.2.4.1 Componentes del funcionamiento familiar	13
1.3 El Campo	17
1.3.1 Campo-habitus y enfermedad	19
1.4 El Capital Social	21
1.4.1 El capital social según Pierre Bourdieu, James Coleman y Robert Putman	21
1.4.2 El capital social y el proceso de salud enfermedad	25

### Capítulo II

Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2	27
2.1 Contexto nacional	28
2.2 Demarcación Iztacalco, Ciudad de México	33
2.2.1 Historia	33
2.2.2 Indicadores sociodemográficos	35
2.2.3 Centro de Salud “Dr. José Zozaya”	36

### Capítulo III

Lineamientos metodológicos	41
3.1 Justificación	41
3.2 Planteamiento del problema	44
3.3 Preguntas de investigación	45
3.4 Objetivos	46
3.4.1 General	46
3.4.2 Específicos	46
3.5 Metodología y métodos	46
3.5.1 Tipo de estudio	46
3.5.2 Diseño de la investigación	47
3.5.3 Población, lugar y tiempo	47
3.5.4 Muestra	47
3.5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	47
3.5.6 Guía de entrevista	48
3.5.7 Principios éticos	50
3.5.8 Logística	50
3.5.9 Cuadro metodológico (entrevistas)	51
3.5.10 Limitaciones del trabajo de campo	52

3.5.11 Análisis de datos	53
<b>Capítulo IV</b>	
Familiogramas de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2	55
4.1 Familiogramas	55
4.2 Características sociodemográficas	73
<b>Capítulo V</b>	
Habitus, dinámica familiar y capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2	76
5.1 El habitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2	76
5.1.1 Alimentación	77
5.1.2 Actividad física	85
5.1.3 Autocuidado	87
5.2 Modelo psicosocial de la enfermedad	93
5.2.1 Tipología psicosocial	93
5.2.2 Fases temporales de la enfermedad	95
5.2.3 La respuesta del sistema familiar-funcionamiento familiar	97
5.2.3.1 Constelación familiar	98
5.2.3.2 Adaptabilidad familiar	100
5.2.3.3 Pautas multigeneracionales	102
5.3 El capital social	104
<b>Conclusiones</b>	109
<b>Recomendaciones</b>	115
<b>Propuesta de Intervención Familiar</b>	115
<b>Referencias</b>	121
<b>Anexos</b>	
Guía de entrevista	127
Consentimiento informado	130
Simbología del genograma/familiograma	131

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus existe desde hace milenios, pero tal vez nunca tuvo tanta relevancia por características de la sociedad, como en la actualidad, debido a la transición demográfica y epidemiológica que presentan la mayor parte de los países, que a su vez trae un cambio en las costumbres alimentarias y de actividad física, junto con modificaciones genéticas y ambientales, que han ido progresivamente dando mayor relevancia a la expresión de esta enfermedad (Turnes, 2007).

La experiencia del vivir con diabetes involucra a la persona con la enfermedad, quien día a día se enfrenta a las exigencias que conlleva ésta, asimismo, comprende a la familia como el contexto inmediato, donde cada miembro de acuerdo a su experiencia puede ser afectado o no; debido a que un padecimiento crónico es fuente de desequilibrios al generar preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar los roles dentro y fuera del ámbito familiar y por el temor a las complicaciones propias de la enfermedad.

El propósito que guía la presente investigación cualitativa es conocer el contexto en el que vive la persona con diabetes mellitus tipo 2, en la delegación Iztacalco de la Ciudad de México, su familia y el medio social para identificar su experiencia con el padecimiento, a través de un muestreo intencional se realizaron entrevistas a profundidad, con la finalidad de aportar un conocimiento que comprende la forma en que las propias personas perciben, construyen, viven y enfrentan su padecimiento en la convivencia cotidiana y en sus diversos entornos sociales, es decir, un conocimiento basado en la comprensión de la vivencia y el afrontamiento diario que realizan estas personas en su trayectoria con la enfermedad crónica en su ámbito familiar y contexto.

La tesis integra cinco capítulos, el primero titulado Marco Teórico, se presentan los enfoques teóricos que guían la investigación, inicialmente se desarrolla la categoría de *habitus* de Pierre Bourdieu, enseguida en Mapa Psicosocial de la Enfermedad

desarrollado por John S. Rolland y finalmente se retoma las categorías de *campo* y *capital social* de Bourdieu. Enseguida, el segundo, Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2, desarrolla brevemente el contexto nacional de la enfermedad y se describe el espacio geográfico donde se desarrolló la investigación de campo. Lineamientos Metodológicos, es el tercer capítulo que integra el protocolo de investigación que rigió la investigación. El cuarto capítulo Familiogramas de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, se muestran las características sociodemográficas de los participantes y los esquemas (genogramas).

Los resultados se plasman en el quinto capítulo denominado: Habitus, dinámica familiar y capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, donde se realizó el análisis de los datos obtenidos. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones que surgen a la luz de la investigación.



## CAPÍTULO I

### MARCO TEORICO

El objetivo del apartado es exponer los enfoques teóricos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación, el diseño y análisis de los datos. Con la finalidad de comprender el problema de la diabetes mellitus en la delegación Iztacalco del Distrito Federal, pues es la entidad con mayor mortalidad a causa de la enfermedad (INEGI, 2012).

Primero, se presenta la categoría de habitus de Pierre Bourdieu, donde construye su concepción de acción y percepción del mundo social. La idea de habitus “reintegra la experiencia de los agentes como parte de la realidad social sin buscar en ella toda la variedad de acciones, las que no adquieren sentido, sino en un sistema de relaciones estructurado y jerarquizado” (Champagne, Pinto y Sapiro, 2007).

Segundo, se presenta la tipología psicosocial de Jonh S. Rolland (2000), donde puntualiza que “la familia brinda el mejor lente para examinar los demás sistemas” que se ven afectados cuando un integrante tiene un padecimiento crónico como la diabetes mellitus tipo 2 y posteriormente se retoma la categoría campo y capital social donde se desarrolla a sus principales exponentes y su relación en el proceso de salud-enfermedad.

#### 1.1 El habitus

Este concepto ocupa un lugar central en la teoría sociológica actual gracias a la obra de Pierre Bourdieu. No obstante, el término tiene una larga historia en la filosofía, en la que puede remontarse a Aristóteles: *habitus* es la traducción latina de Aquino y Boecio dan al concepto aristotélico de *hexis*. En estos autores, el término juega un papel clave como palabra intermedia, por un lado, entre el acto y la potencia mediante el habitus se transforma la potencialidad inscrita

genéricamente en los seres en una capacidad concreta de realizar actos y por el otro, entre lo exterior y lo interior explicaría la interiorización de lo externo ligando así la historia pasada a las actualizaciones presentes. Esta problemática sería desarrollada en el siglo XX por la fenomenología, fundamentalmente por Husserl y Merleau-Ponty, que proporciona un análisis de la percepción y la acción individual que serán retomados más tarde por Bourdieu. En sociología, el concepto fue utilizado por autores como Durkheim, Mauss y Weber, aunque es Pierre Bourdieu quien lo desarrolla teóricamente (Reyes, 2009).

La concepción de sentido común sobre las *influencias sociales* tiende a partir de una separación previa entre el individuo y sociedad; la sociedad sería algo externo al individuo que lo influenciaría desde fuera. Bourdieu propone sustituir esta dicotomía, en la explicación de las prácticas sociales, por la relación teóricamente construida entre dos modos de existencia de lo social: lo social hecho cosas, las estructuras sociales externas, y lo social hecho cuerpo, las estructuras sociales internas por los agentes en forma de esquemas de percepción, pensamiento y acción “los habitus”:

Toda acción histórica pone en presencia dos estados de la historia o de lo social: la historia en estado objetivado, es decir, la historia que se ha acumulado a lo largo del tiempo de las cosas, máquinas, edificios, monumentos, libros, teorías, costumbres, derecho, etc., y la historia en estado incorporado, convertida en habitus (Bourdieu, 1980).

Lo social hecho cosas remite a lo que corrientemente se denomina estructura social: sistemas de posiciones sociales, así como de instituciones que objetivadas (en leyes, edificios, máquinas, etc.), perduran en el tiempo. Este elemento, fundamental para explicar las regularidades sociales, no bastaría, sin embargo, para dar cuenta completamente de su funcionamiento ni del hecho de que agentes en posiciones sociales idénticas puedan comportarse de forma distinta.

Ahora bien, lo social como interiorizado, es una primera aproximación al concepto de habitus que puede ser definido como: *el conjunto de esquemas a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él*. Estos esquemas han sido divididos por Bourdieu en cognitivos –categorías a partir de las cuales se aprende el mundo- , apreciativos -distinción entre lo bello y lo feo, lo adecuado y lo inadecuado, lo que vale la pena y lo que no vale la pena- y evaluativos –distinción entre lo bueno y lo malo-. Además éstos son incorporados a lo largo del proceso de socialización: han sido estructurados por la sucesión de experiencias que los sujetos han tenido a lo largo de su vida, especialmente en las primeras socializaciones, de tal manera que suponen la interiorización de los principios en los que se estructura el ámbito concreto de relaciones sociales en que el sujeto ha sido producido. A su vez son estructurantes ya que a partir de ellos se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente.

El habitus se define como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles –estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir (Bourdieu, 1972).

El habitus consiste así en la interiorización de la exterioridad, todo sujeto está ya sujetado, en la misma génesis de sus pensamientos y prácticas, por los principios de división del mundo que estructuran el ámbito social en el cual ha sido producido. Las formas de categorizar, de ver el mundo, los intereses, las expectativas, etc., a partir de las que se estructuran una sociedad o grupo social concreto son inculcadas lentamente, en el proceso de socialización, en los individuos; es decir, todo agente social es un agente socializado y lo que cree más interno y propio de él, por ejemplo sus gustos y ascos, no es sino la interiorización de la estructura social y del lugar en ella ocupado. Lo social no es algo que envuelve al individuo, es lo que está en su interior, en su forma de pensar, de ver el mundo, en sus gustos, en sus intereses.

La importancia del habitus radica en la explicación de las prácticas de los sujetos, que suponen la incorporación, mediante la familiarización práctica, de una serie de principios sistemáticos que una vez interiorizados, van a ser resistentes al cambio. Un aspecto fundamental del habitus es su carácter sistemático, ya que se incorpora en el seno de las relaciones sociales en que el individuo se mueve; pero estas relaciones están organizadas a partir de una serie de principios o esquemas básicos. La reiteración sistemática de los mismos esquemas básicos en los ámbitos más diversos es lo que permite que sean fácilmente asimilados por los sujetos. Éstos se incorporan por un proceso de familiarización práctica de forma lenta y no consciente, los principios básicos mediante la inmersión cotidiana en un mundo que funciona según estos principios, en los que se hallan inscritas las divisiones fundamentales del mundo social:

Es todo el grupo el que se interpone entre el niño y el mundo, no sólo por sus llamadas de atención destinadas a inculcar el miedo de los peligros sobrenaturales, sino por todo el universo de prácticas rituales y de discursos, que lo pueblan de significaciones estructuradas conforme a los principios del habitus conforme. El espacio habitado –y en primer lugar la casa- es el lugar privilegiado de la objetivación de los esquemas generadores y, por medio de las divisiones y de las jerarquías que establece entre las cosas, entre las personas y entre las prácticas, este sistema de clasificación hecho cosa inculca y refuerza continuamente los principios de la clasificación constitutiva del arbitrario cultural [...]. El mundo de los objetos, esta especie de libro donde toda cosa habla metafóricamente de todas las otras y en el que los niños aprenden a leer el mundo, se lee con todo el cuerpo, en y por los movimientos y los desplazamientos que hacen en el espacio de los objetos tanto como son hechos por él. Las estructuras que contribuyen a la construcción del mundo de los objetos se construyen en la práctica de un mundo de objetos construidos según las mismas estructuras (Bourdieu, 1980).

Esta interiorización consiste básicamente en una incorporación, lejos de ser un simple ejercicio mental, el aprendizaje de los esquemas básicos del grupo social en que el niño se forma, se realiza con todo el cuerpo, en un proceso que no pasa por la consciencia. Por ello, el habitus no consiste en simples repertorios de ideas que se llevan o abandonan, son esquemas que se hallan encarnados, hechos cuerpo.

Los esquemas del habitus, formas de clasificación originarias, deben su eficacia propia al hecho de que funcionan más allá de la conciencia y del discurso, luego fuera de las influencias del examen y del control voluntario, orientando prácticamente las prácticas, esconden lo que se denominaría injustamente unos valores en los gestos más automáticos o en las técnicas del cuerpo más insignificantes en apariencia [...] y ofrecen los principios más fundamentales de la construcción y de la evaluación del mundo social, aquellos que expresan de la forma más directa la división del trabajo de las clases, las clases de edad y los sexos, o la división del trabajo de dominación (Bourdieu, 1988).

El carácter no consciente e incorporado de los habitus supone así que los sujetos no son libres en sus decisiones, el habitus es el principio no elegido de todas las elecciones, es éste lo que permite la invención de soluciones nuevas cuando se enfrenta a situaciones distintas, ésta se relaciona con una propiedad fundamental de los habitus su transferibilidad, es decir, los esquemas básicos tienden a aplicarse a los dominios de la práctica más diversa, engendrando un conjunto de elecciones sistemáticas en los ámbitos más diversos porque supone la aplicación en todos ellos de un conjunto limitado y sistemático de esquemas. Esta transferibilidad es lo que hace que las prácticas más diversas de un sujeto presenten un aire de familia, un estilo, aunque en cada ámbito se adapten a la lógica propia de éste. El habitus es una disposición, que se puede reactivar en conjuntos de relaciones distintos y dar lugar a un abanico de prácticas distintas.

El carácter incorporado del habitus también explica en parte una de sus características fundamentales su tendencia a la persistencia; como los esquemas

del habitus se hallan depositados en lo más profundo de los cuerpos, su modificación requiere un proceso de trabajo sobre sí mismo que no resulta nada fácil.

Asimismo, la persistencia del habitus no se debe únicamente a su carácter incorporado, sino también se explica por el hecho de que éste funciona como mecanismo de defensa, contra el cambio, ya que a partir de ellos se van a seleccionar los distintos ambientes e informaciones a los que el sujeto se expondrá. Éste tenderá a relacionarse con personas que compartan con él formas básicas de ver el mundo y de moverse en él.

La tendencia a la persistencia de los habitus es un elemento fundamental de los mismos. Si los habitus no tendieran a persistir, los sujetos se adaptarían completamente a las nuevas situaciones, se modificarían en función de las posiciones ocupadas, con lo que todos los sujetos producirían las mismas prácticas enfrentados a las mismas situaciones. Por el contrario, la resistencia de los habitus a la modificación obliga a introducir en el análisis siempre la trayectoria social de los sujetos. Por ello, el concepto reintroduce la dimensión histórica en el análisis de la acción de los agentes mediante esta estructura generativa que asegura la actuación del pasado en el presente.

Producto de la historia, el habitus produce prácticas conformes a los esquemas engendrados por la historia, asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción tienden, de forma más segura que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia en el tiempo (Bourdieu, 1980).

El habitus es la presencia actuante de todo el pasado de que es producto, es el que confiere a las prácticas su independencia relativa en relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato.

Según, Bourdieu las prácticas sociales se explicarían como producto de la relación entre dos sistemas de relaciones. Por un lado, el sistema de relaciones históricamente construidas, que constituye el campo donde se desarrolla la práctica y por el otro, el sistema de relaciones que ha producido el habitus de los agentes de las prácticas; y sólo la puesta en relación de estos dos sistemas de relaciones permitiría escapar a las aporías del objetivismo determinista y del subjetivismo voluntarista, a partir de una sociología que se plantee la génesis social de las estructuras de las prácticas desde una perspectiva racional e histórica (Reyes, 2009).

## **1.2 Mapa psicosocial familiar**

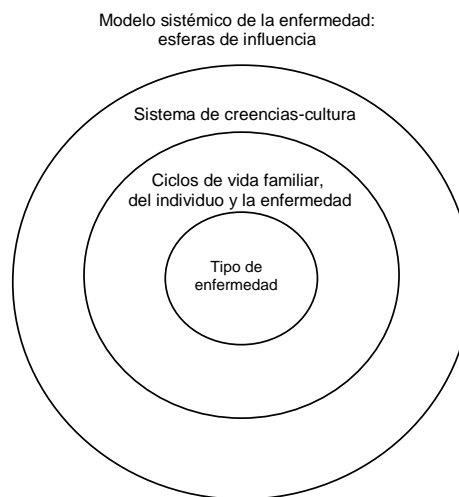
La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida; el efecto que provoca el diagnóstico de alguna enfermedad se hace sentir en todo el sistema familiar, es decir, todos los miembros se ven afectados, pero lo más importante es en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad ocurre y por cuánto tiempo se prolongue.

Se desarrolla el planteamiento de John S. Rolland (2000), que consiste en una intervención desde el enfoque sistémico, donde nombra a la familia como *sistema familiar*, concibiéndose a éste como: “*un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior*” (Minuchín, 1986).

### 1.2.1 Modelo sistémico de la enfermedad

La teoría sistémica de la familia destaca la interacción y el contexto; el comportamiento individual se considera dentro del contexto donde ocurre. Desde esta óptica, la adaptabilidad se define en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, contexto social y de demandas psicosociales de la situación, en este caso un problema de salud como lo es la diabetes mellitus tipo 2.

Las pautas transaccionales entre y dentro de la familia y otros sistemas son la base para la conformación del comportamiento individual. Además para la teoría sistémica, cada uno de los integrantes de la familia están interrelacionados de manera que cualquier cambio afecta a los demás. Por lo que la *interacción* es el elemento central de toda indagación biopsicosocial de orientación sistémica. Como es el caso de la diabetes mellitus, el foco central es el sistema creado por la interacción de ésta con el individuo, la familia y otros sistemas biopsicosociales (Rolland, 2000).



Por tanto, el modelo sistémico de la enfermedad es la base para poder abordar la investigación en diabetes mellitus desde una perspectiva sistémica de la familia.

### 1.2.2 Tipología psicosocial de la enfermedad

Rolland (2000), expone que toda tipología es un constructo subjetivo para orientar la acción, es decir, la creación de categorías útiles para tener un abanico de enfermedades que afectan a los individuos a lo largo de la vida, para analizar la relación entre la dinámica individual o familiar y la enfermedad crónica en este caso la diabetes mellitus tipo 2.

Ésta conceptualiza distintas pautas, que a continuación se desarrollan:



1. *Comienzo agudo o gradual.* El ajuste de la estructura familiar, de roles, la resolución de problemas y las estrategias afectivas de respuesta pueden ser las mismas para ambos inicios de enfermedad. Sin embargo, las que tienen un comienzo agudo, los cambios emocionales y prácticos se condensan en un breve lapso de tiempo y exigen de la familia una movilización rápida de su capacidad para manejar la crisis, lo contrario a una enfermedad gradual donde se abordan los problemas despacio pero con determinación. Una vez en movimiento, la familia puede contar con recursos para manejar las complejidades de una enfermedad.
  
2. *Curso.* Las enfermedades crónicas suelen adoptar una de las siguientes formas:
  - a. *Progresiva.* Se trata de una enfermedad continua y sintomática y que se agrava con el tiempo. El individuo y la familia se enfrentan a los efectos que produce la afección, tienen que estar preparados para la adaptación y cambio de roles permanentes. En términos sistémicos la familia debe realizar una transformación del ver y hacer las cosas. El ritmo de adaptación que se necesita para dar respuesta a cambios continuos y a las demandas siempre nuevas de una enfermedad de progreso rápido se acelera a medida que se acorta el tiempo.
  
  - b. *Constante.* Se caracteriza por un acontecimiento inicial y la posterior estabilización. Aquí es donde el individuo o la familia se enfrentan a un cambio semipermanente, donde es relativamente más fácil volver a un ritmo de vida normal, que aquellas donde es progresiva.
  
  - c. *Recurrente o episódica.* Se distinguen por la alternancia de periodos de estabilidad de duración variable, caracterizados por un bajo nivel o ausencia total de síntomas, con períodos de crisis o agravamiento. Éstas suelen requerir el mínimo de atención continua o cambios de roles.

3. *Desenlace*. Una enfermedad crónica es una causa probable de muerte, lo cual tiene un impacto psicosocial, pues ésta entraña la pérdida del control corporal, aspectos de identidad e incluso las relaciones íntimas. Desde el ciclo de vida del enfermo teme que su existencia acabe antes de que su proyecto de vida pueda completarse y estar solo al morir.
  
4. *Incapacidad*. Puede ser el resultado de un deterioro del funcionamiento cognoscitivo, de percepción, de movimiento, entre otros; pero el efecto de la incapacidad en determinado individuo o familia depende de la interrelación entre el tipo de discapacidad y el rol que desempeña el familiar antes de ser afectado por la enfermedad, la estructura de la familia, su flexibilidad, y sus recursos emocionales y económicos.

Desde esta perspectiva, una de las tareas básicas de las familias que tienen que aprender a vivir con afecciones crónicas es lograr una comprensión psicosocial de la enfermedad.

En este sentido, Steinglass (1988) señala algunos de los principales factores que se relacionan a la familia con una enfermedad crónica:

- a) la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos en la familia, los cuales actúan sobre la función y organización familiar; b) a su vez, la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y c) la familia como recurso es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas que ocasiona la enfermedad...

### 1.2.3 Fases temporales de la enfermedad

Un esquema psicosocial significativo de las enfermedades crónicas como la diabetes, se debe incluir las fases temporales de desarrollo, pues cada fase de la afección tiene demandas psicosociales y por ende tareas de desarrollo específicas, que le exigen a la familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes.

Los temas psicosociales centrales de la historia natural de la enfermedad crónica se describen a continuación:

1. *Fase de crisis.* Es un período que comienza antes del diagnóstico de la enfermedad, donde el individuo y la familia tienen la sensación de que algo anda mal, pero no se tiene certeza de ello. En algunas personas las sospechas del médico durante un examen de rutina señalan el comienzo de esta fase, que incluye un período de readaptación y enfrentamiento del problema.

De acuerdo al modelo sistémico de la enfermedad, en esta etapa el enfermo y la familia deben:

- a. Verse a sí mismos, como una unidad funcional, que tenga el control y sea efectiva.
- b. Lograr una comprensión psicosocial de la enfermedad.
- c. Crear un significado para la enfermedad que maximice la preservación del dominio y capacidad para hacerle frente.

En esta fase el autor, cita a Rudolf Moss (1984), quien describe algunas tareas prácticas relacionadas con la salud, como: a) aprender a convivir con el dolor, la discapacidad u otros síntomas, b) adaptarse a los espacios hospitalarios y los procedimientos de tratamiento ligados a la enfermedad y c) establecer y mantener relaciones positivas con el equipo médico.

2. *Fase crónica.* Es el lapso de tiempo, largo o corto, que transcurre entre el diagnóstico inicial y el período de adaptación y la fase terminal, cuando predominan las cuestiones relativas a la muerte y la agonía. Se caracteriza por

la constancia, la progresión o el cambio episódico; no solo se debe conocer el comportamiento biológico de la enfermedad, sino es un constructo social, al que se le llama fase de convivencia cotidiana con el padecimiento.

En esta fase, la tarea clave de la familia será mantener una vida normal bajo condiciones “anormales” que son característica de la enfermedad crónica.

3. *Fase terminal.* Es la última etapa de la enfermedad, donde la inevitabilidad de la muerte es visible y domina la vida familiar. Comprende el duelo y pérdida; asimismo, se distingue por cuestiones de separación, muerte, dolor, elaboración del duelo y reanudación de la vida familiar después del deceso.

La familia en este lapso debe considerar la redefinición de roles familiares, así como plantear que es lo que desea el enfermo.

*a. Períodos de transición*

Éstos unen cada una de las fases temporales de la enfermedad y son cruciales para la adaptación individual y familiar. Ofrecen la oportunidad de evaluar las prioridades y estructuras de la familia a la luz de las nuevas demandas ligadas a la enfermedad o en su caso a la discapacidad. Las transiciones son puntos de inflexión donde el papel del sistema es importante, por su respuesta o adaptabilidad.

*b. Modelo de desarrollo psicosocial*

La combinación de las fases temporales y la tipología, proporcionan un marco para un modelo de desarrollo psicosocial de la enfermedad crónica.

Cada período presenta ciertos desafíos y tareas básicas, por ejemplo; en la fase de crisis es una etapa de socialización de los hechos básicos de convivir con una enfermedad crónica, donde la familia pone con frecuencia otros planes de vida en suspenso para acomodarse al padecimiento. En la transición a la fase crónica de la

enfermedad se hace hincapié en la autonomía y en la creación de una estructura de vida permanente viable a la realidad de la enfermedad.

En tanto, al combinar la tipología y las fases de la enfermedad se puede construir una matriz de dos dimensiones que permite agrupar y diferenciar las enfermedades de acuerdo con similitudes y diferencias, donde cada afección puede ser tipificada según sus demandas psicosociales. Sin embargo, si se incluye un modelo sistémico de la familia a esta matriz, se crea una representación tridimensional del sistema que incluye a la familia y la enfermedad. Los tipos psicosociales de enfermedad, las fases y los componentes del funcionamiento familiar constituyen tres dimensiones, que es un medio para conocer dos aspectos del sistema el de la enfermedad y la familia.

#### *1.2.4 La respuesta del sistema familiar*

Desde el enfoque sistémico que plantea Rolland (2000), es importante se considere el funcionamiento familiar desde el punto de vista de la flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso que requiere la enfermedad.

##### *1.2.4.1 Componentes del funcionamiento familiar*

Los modelos sistemáticos del funcionamiento familiar incorporan los conceptos de organización, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación. Los cuales parten del supuesto que las familias se enfrentan a tres tipos de tareas vitales: básicas, de desarrollo y azarosas; y que éstas tienen aspectos instrumentales-prácticos como afectivos.

Rolland (2000), señala que el modelo sistémico de la enfermedad se basa en la evaluación de cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar:

1. Pautas estructurales y organizativas de la familia. El funcionamiento de toda familia debe considerarse en función de cuán efectivamente organiza su

estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo del ciclo de la vida.

a. Constelación familiar

Incluye a todos los miembros de la unidad doméstica actual, el sistema de la familia extensa y las personas clave que funcionan como miembros de la familia (amigos íntimos).

En las enfermedades crónicas, los profesionales comprometidos en la atención del familiar enfermo pasan a formar parte de la unidad familiar.

b. Adaptabilidad familiar

Es uno de los componentes principales para el funcionamiento del sistema familiar. La estabilidad y la flexibilidad son complementarias. Internamente las familias deben reorganizarse en respuesta a los requerimientos que trae consigo la enfermedad.

c. Cohesión

Dimensión central de la organización familiar que es fundamental para conocer la respuesta que tendrá la familia frente a la afección. Las familias deben encontrar un equilibrio entre la necesidad de conexión y el respeto por la individualidad de cada integrante, respecto a las necesidades que requiera la enfermedad.

2. Procesos de comunicación. Para un control óptimo de la enfermedad la familia debe tener comunicación efectiva. Ruesch y Bateson (1951), señalaron que la comunicación tienen dos funciones principales, la primera transmitir un contenido en forma de información y segundo el tono de la relación entre los que se estén comunicando (citado en Rolland, 2000, p. 105).

Las normas familiares juegan un papel importante, pues organizan las interacciones y sirven para mantener un sistema estable al prescribir o limitar una conducta de los miembros, asimismo, proporcionan un conjunto de

expectativas acerca de los roles, las acciones y consecuencias que orientan la vida familiar.

3. Pautas multigeneracionales. El comportamiento actual de una familia no se puede comprender adecuadamente aislado de su historia, especialmente en el caso de las familias que enfrentan una enfermedad crónica.

Desde la perspectiva sistémica Rolland, puntualiza que es necesario indagar la historia de la familia para conocer y comprender su cotidianidad. En este sentido, al trabajar con una familia que se enfrenta a la enfermedad o la discapacidad, una evaluación multigeneracional sirve para identificar sus fortalezas y debilidades y entender a las familias que se encuentran abrumadas por cuestiones sin resolver transmitidas a lo largo del tiempo.

En el caso específico de una enfermedad crónica se debe realizar dicha indagación, a través del genograma familiar.

- a. *Genograma familiar básico*. Es un medio útil para presentar gráficamente un árbol genealógico familiar y mostrar pautas multigeneracionales significativas. Éste sirve para tener un panorama amplio en el contexto familiar actual y a través de las generaciones.
4. Sistemas de creencias de la familia. Cada persona, individualmente o como parte de una familia y de otros sistemas, desarrollan un sistema de creencias que determinan la pautas de comportamiento en relación con los otros. Las creencias son las que le brindan coherencia a la vida familiar, porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro, proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas.

Las creencias pueden rotularse como valores, cultura, religión, visión del mundo, etc. Es uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia acerca de la salud y la enfermedad y a su vez, orienta el comportamiento para procurar la salud. Cabe señalar, que pese a que cada

integrante puede sostener creencias diferentes, los valores que sostienen la familia suelen ser más significativos.

Los sistemas de creencias fueron por gran tiempo ignorados desde el modelo sistémico, sin embargo son retomados pues el poder de éstos debe ser central, debido a que la teoría de la construcción social señala que el significado es un fenómeno social que se desarrolla en un proceso constante por medio de las interacciones y las comunicaciones de las personas. Desde esta perspectiva los significados y las creencias son representados y creados en las narrativas e historias que se construyen para dar sentido al mundo y el lugar que ocupamos en él.

- a. *Creencias familiares acerca de las causas de la enfermedad.* Cuando surge un problema de salud el individuo tiene a preguntarse el ¿por qué a mí (o a nosotros)?, ¿por qué ahora?, lo que origina que se construyan explicaciones o narrativas que ayuden u organicen la experiencia.
- b. *Metáforas y narrativas de los síntomas o la enfermedad.* Las creencias acerca de la causa de la afección forman parte de las metáforas y narrativas que las familias construyen alrededor del problema. Una narrativa representa la combinación de varios temas como los significados atribuidos a la enfermedad, las creencias promovidas por el sistema de salud, las metáforas culturales y los significados personales y familiares.
  - i. Diagnóstico y etiquetamiento. Este proceso tiene implicaciones de largo alcance. Ya que el modo en el que todos los involucrados se comunican al referirse a una enfermedad determina en gran medida los significados y creencias que se convierten en las narrativas perdurables del sistema. Y éstas dan forma a la identidad de la persona afectada y del sistema familiar.



- ii. Metáforas. Cuando son asociadas a afecciones biológicas son organizadores de las narrativas y comportamientos de las familias respecto a la enfermedad.
- iii. Narrativas de la enfermedad. La historia que los miembros de la familia elaboran acerca de una experiencia de la enfermedad es una síntesis de su intento de generar orden a partir del caos y el temor, y de sus creencias y temas familiares centrales.

Por tanto, el retomar el modelo sistémico desde la tipología psicosocial de la enfermedad, permitió comprender la dinámica familiar en la que se desenvuelven las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, aunado a su contexto inmediato que es la familia, a modo de tener una mirada holística de la situación.

### **1.3 El Campo**

A lo largo del tiempo se han formado ideas y concepciones acerca de la enfermedad y la forma en que se determina la salud y la propia vida. Y es que en medio de la práctica social, las sociedades, y dentro de ellas sus grupos constitutivos, han desarrollado una experiencia y sistematizado formas de conocer o saber acerca de la salud y la enfermedad, sin embargo los procesos que se gestan en la dimensión social de la vida tiene sus raíces en los modos de organización de la sociedad (Breilh, 1991).

De ahí la importancia de retomar la categoría de *campo*, donde Pierre Bourdieu propuso un enfoque que procuro ser superador e integrador de la dicotomía clásica que estaba presente en la sociología en esos años, escapando tanto de estructuralismos, como de las teorías subjetivistas. Su perspectiva era que la sociedad es un espacio social donde los individuos ocupan distintas posiciones y poseen distintos tipos de capital, además de que existen campos sociales con diversos grados de autonomía entre unos y otros.

Los distintos campos que componen el mundo social son producto de un proceso de diferenciación en la división del trabajo social que conducen a la existencia de campos autónomos. Estos microcosmos sociales son propietarios de una autonomía relativa uno del otro pudiendo cada uno de ellos fijar sus propias reglas que los protegen de los influjos heteronómicos de otros campos sociales (Tovillas, 2010).

Se puede definir al *campo* como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sea agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya posesión implica el acceso a ganancias específicas que están en juego dentro del campo y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones.

A cada momento histórico corresponde una determinada estructuración de los campos sociales. Constituyen espacios estructurados de posiciones en cuyo seno los agentes ocupan posiciones que se insertan en campos de fuerza, y es donde el autor introduce dos ideas: lucha y el juego; con la finalidad de explicar el comportamiento de los agentes en ese espacio social específico llamado campo. De esta manera, la estructura de cada campo se corresponde con un estado de las relaciones de fuerza y de poder entre los agentes, los grupos y las instituciones que se comprometen en una lucha por ocupar la posición hegemónica o más poderosa en el campo.

El campo es como un juego donde los jugadores concurren con cartas jerárquicamente diferenciadas, según las diferentes especies de capital económico, cultural, social y simbólico, que varían en los diferentes campos.

Los agentes producen efectos en el campo a través de estrategias que son los principios mismos de las prácticas. Las estrategias son las líneas de acción objetivamente orientadas, que los agentes sociales construyen sin cesar dentro de

la práctica, y en la práctica, y que se definen en el encuentro entre un *habitus* y una conjunción particular del campo. Éstas no son intencionales, ni tienen objetivos conscientes, no son acciones congruentes con intereses específicos, no están conducidas racionalmente ni organizadas y deliberadamente dirigidas hacia metas claramente trazadas. En las estructuras de reproducción es particularmente visible de qué manera las estructuras sociales, que corresponden a los *habitus* y sus estrategias dentro de los distintos campos (Tovillas, 2010).

El aporte de la teoría del campo se puede representar en la analogía de la sociedad entendida como un tablero de ajedrez, en donde los pequeños cuadros son los espacios en los que se dan unas relaciones específicas, es decir unas luchas por el poder. Cada cuadro del tablero es un rol que juega un individuo o grupo de ellos y cada rol es asumido bajo reglas que se han planteado, previamente a la existencia de los sujetos, y con las particularidades de los diferentes ámbitos de lo social, desde lo económico, educativo, lo político, lo científico, lo cultural. En consecuencia esas posiciones y roles singularmente considerados constituyen *campos* dentro del espacio social (Fortich y Moreno, 2012).

### 1.3.1 *Campo-habitus y enfermedad*

Al retomar la categoría de *campo*, es pertinente señalar su relación con el *habitus*, ya que el propio Bourdieu (1992), señala que la correspondencia entre ambas categorías es una relación de acondicionamiento; el campo estructura el *habitus* que es el producto de la incorporación de la necesidad inmanente del campo, o de un conjunto de campos más o menos concordantes, mientras que el *habitus* contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotándolo de sentidos y de valores. A través del *habitus* que opera al interior de los agentes se generan las estrategias y prácticas que permite a los agentes enfrentar estructuras externas muy distintas en diversos campos y reproducen el mundo social, ajustando las esperanzas subjetivas a las oportunidades objetivas (Álvarez, 2004).

De ahí que el *habitus* organiza ante la enfermedad, su propia versión de lo que está pasando. Aplica esquemas que provienen de una intersubjetividad producida

socialmente dentro del *campo* de la salud, de la familia, del espacio social, en donde se encuentra el individuo. Se trata de una pluralidad de significados históricos con las cuales la persona que vive con alguna enfermedad, en este caso con diabetes mellitus tipo 2, define los eventos biológicos individuales. Lo que está en juego para el enfermo y su entorno es más la capacidad de explicar, de darle un significado y un tratamiento adecuado a ese significado, que a nombrar la enfermedad. Estas explicaciones, por parte de los agentes, revelan más los intentos de armar una causalidad, que de clasificar la enfermedad. Hablan de su sociedad, de las causas sociales de los valores y situaciones estructurales que la determinan, al igual que otros eventos de malestar en la vida. Para Claudine Herzlich (1969), el individuo organiza su saber en una imagen significativa e interpreta él mismo lo que está pasando y norma su comportamiento. A través de su percepción selectiva, a veces esquemática o deformante, cada individuo le aplica a la realidad su propia experiencia, le da sentido y la forma (Álvarez, 2004, p. 9).

La salud y la enfermedad, el individuo y la sociedad, están ligados de manera diversa pero indisoluble; se construye el sentido de la enfermedad por parte del individuo en su doble relación a la salud y a la sociedad. La salud y la enfermedad son interpretaciones de lo social por parte del individuo. La relación a un objeto social (enfermedad) se estructura con relación a otro objeto, la sociedad, y la relación con la sociedad se estructura en la relación al objeto. Esta es una de las formas en que el habitus organiza su experiencia de enfermedad dentro de un campo, aplicando normas y representaciones de una manera práctica (Álvarez, 2004).

Por tanto, en esta investigación se retoma a la demarcación Iztacalco como un campo, donde los individuos han forjado sus habitus, de acuerdo a la estructura que este espacio tiene en particular, asimismo, el Centro de Salud es otro lugar, donde los entrevistados juegan otro rol de acuerdo a sus recursos, en palabras de Bourdieu, cada uno de los espacios donde se desenvuelven los individuos son considerados distintos campos, donde éstos ponen en juego una cartera de capitales para posicionarse en ellos.

## 1.4 El Capital Social

Desde hace años se conoce la relevancia que guardan los factores del contexto social en el individuo. Por ejemplo, Emile Durkheim reconocía el rol protector de la integración social y la importancia de la solidaridad orgánica para su desarrollo en las sociedades modernas (Sapag y Kawachi, 2007). En este sentido, el capital social es un concepto que se ha retomado en las Ciencias Sociales para dar respuesta a un gran rango de problemas como la creación de capital humano, la eliminación de la pobreza, pasando por la desigualdad en el acceso a servicios de salud y procesos más particulares como el de la salud-enfermedad.

Por ello, a continuación se presenta un breve panorama del capital social desde sus principales exponentes y, como una categoría de análisis a fin de comprender los macro procesos de la acción individual, por ejemplo, conocer el capital social y si éste influye en estado de salud de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2.

### 1.4.1 El capital social según Pierre Bourdieu, James Coleman y Robert Putnam

Pierre Bourdieu fue el primer científico social que presentó la definición estructural de capital social, interpretándolo como los recursos conectados, tanto para individuos como para colectividades (Kadushin, 2013).

De esta manera Bourdieu define el capital social como:

... totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de *relaciones* más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos... [Es decir] los recursos basados en la *pertenencia a un grupo*. El capital total que poseen los miembros individuales del grupo les sirve a todos, conjuntamente como respaldo (Bourdieu, 1986).

Está ligado a un círculo de relaciones estables que son producto de estrategias de inversión social consciente o inconscientemente orientadas hacia la institución o

reproducción de las relaciones sociales directamente utilizables, a corto o a largo plazo.

En las Formas del Capital (1986), el autor señala que el volumen del capital social, que posee un individuo depende del tamaño de la red de conexiones que puede movilizar de manera eficaz y en el volumen del capital (económico, cultural o simbólico) que posee por derecho propio, por cada uno de aquellos con los que se relaciona; lo que significa que, a pesar de que es relativamente irreducible al capital económico y cultural que posee, o incluso por el conjunto de los agentes a los que está conectado, el capital social nunca es completamente independiente de él.

En este sentido, la pertenencia a este tipo de grupos se deriva en beneficios favorables asociados a las relaciones provechosas y a beneficios simbólicos que resultan de la pertenencia a un grupo selecto o prestigioso.

La red de relaciones es el producto de las estrategias de inversión, individuales o colectivas, consciente o inconscientemente, destinadas a establecer o reproducir las relaciones sociales que son directamente utilizables a corto o largo plazo, es decir, a la transformación de las relaciones casuales, como los de barrio, el lugar de trabajo, o incluso de parentesco, en relaciones que son a la vez necesarias, lo que implica obligaciones duraderas subjetivamente sentidas (sentimientos de gratitud, el respeto, la amistad) o institucionalmente garantizados (derechos) (Bourdieu, 1986).

Aquí es donde el grupo se reproduce mediante un intercambio constante, donde el conocimiento y reconocimiento mutuo son un presupuesto y resultado, donde el intercambio es el reconocimiento de pertenecer.

La reproducción del capital social, supone un esfuerzo incesante de la sociabilidad, una serie continua de intercambios en los que el reconocimiento es infinitamente afirmado y reafirmado. Esto implica el gasto de tiempo y energía, por lo que, directa o indirectamente, del capital económico (Bourdieu, 1986).

Enseguida James Coleman retoma el concepto señalando que son “los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura” (Coleman, 1990). Afirmando que el capital social es un factor importante en la creación del capital humano.

Además indicó que el capital social se compone de las *redes sociales* donde se incluye a la familia, las redes comunitarias y organizaciones sociales; donde el vínculo se mantiene al invertir tiempo y dedicación, y los beneficios son la solidaridad, defensa de intereses y derechos. Por otra parte, de las *normas sociales*, donde los derechos y sanciones están aceptados de común acuerdo y, de los *vínculos de confianza* que garantizan las expectativas y obligaciones recíprocas que posibilitan la cooperación.

Es por ello que el capital social compone algunos recursos de las personas, derivados de sus relaciones sociales, que persisten en el tiempo. Tales recursos son utilizados como instrumentos para aumentar la capacidad de acción y satisfacer objetivos y necesidades (obtener empleo, recibir ayuda, entre otros), asimismo, facilitan la coordinación y cooperación entre aquéllas en beneficio mutuo. En consecuencia, resulta un factor decisivo respecto a las capacidades de las familias para afrontar las crisis o desastres, y para recuperarse de ellos.

Al utilizar este concepto se parte del supuesto que las personas utilizan sus recursos sociales para conseguir, a través de la cooperación mutua, objetivos que de lo contrario serían difícilmente alcanzables.

Robert Putnam (1994), define al capital social como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos como la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas.

Su idea central del capital social es que las redes sociales son importantes pues poseen valor para quienes se hallan en éstas, es así como, el capital social guarda relación con los vínculos entre los individuos, partiendo de que las redes sociales y las normas de reciprocidad se derivan de ellas. Estos vínculos sociales también son importantes por las normas de conducta que sustentan (Urteaga, 2013).

Para Putnam, el capital social comprende características que pueden poseer los individuos como las virtudes cívicas y las redes sociales como elemento fundamental (García-Valdecasas, 2011).

Asimismo, identifica seis dimensiones del capital social: a) *Formalidad*. El compromiso cívico formal o informal, b) *Propósito*. Las instituciones tienen propósitos privados o públicos, c) *Lazos-puente*. Los eslabones de confianza y reciprocidad pueden crear puentes entre partes divididas de la sociedad, d) *Inmediatez*. La confianza puede surgir cara a cara, o de vínculos anónimos generalizados, e) *Intensidad del entramado*. En un extremo hay redes durables, intensas y en el otro, vínculos más débiles y volátiles; y f) *Localización social*. Los lazos de vecindario representan el extremo de la especie de capital social basado en la localización, mientras que los grupos de internet, representan el extremo basado en la función.

Definiciones recientes conciben al capital social como las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociación formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico (Lechner, 2000).

Lechner señala que se pueden distinguir dos tipos de capital social:

- a) *El cognitivo*, que se refiere al subyacente a la estructura visible, que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que



contribuyen al comportamiento corporativo; y b) *El estructural*, que incluye los roles, reglas, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. En éste existen dos dimensiones relacionales: 1) Vertical, los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, este tipo de relación se conoce como tipo 'linking' (de vinculación) y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas y 2) Horizontal, las relaciones entre los grupos pueden ser tipo 'bonding' (de unión), que se dan entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo: entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas (éstas serían fundamentales en el desarrollo de los procesos básicos de sociabilización); o bien, pueden ser tipo 'bridging' (de aproximación), que se dan entre grupos demográficos distintos (serían muy relevantes en los procesos de participación cívica, construcción de coaliciones, y otros) (Uphoff, 2000).

Enseguida se enuncia brevemente la relación del capital social con el proceso de salud-enfermedad.

#### *1.4.2 El capital social y el proceso de salud-enfermedad*

La epidemiología tradicional ha sobredimensionado el efecto de las conductas individuales, tales como alimentación, ejercicio, tabaquismo, entre otras y ha otorgado poca atención a aspectos sociales de la familia y la comunidad. Así, el conocimiento de lo social, en la explicación causal de las formas de enfermar y de morir de las poblaciones, se ha debatido desde dos visiones, los que creen que la salud depende de aspectos derivados del ambiente social, y los que piensan que fundamentalmente depende de los servicios de salud.

En este sentido, uno de los investigadores que ha tratado de aplicar y explicar el capital social a la teoría y praxis de la salud pública, es Ichiro Kawach, señalando

que el capital social es definido como los rasgos de la estructura social (niveles de confianza interpersonal, normas de reciprocidad y ayuda mutua), que actúan como recursos individuales y facilita la acción colectiva. Por lo tanto, si una sociedad se caracteriza por estar fuertemente cohesionada, tener integración, cooperación, genera lazos de confianza y conformación de redes sociales articuladas, entonces es altamente probable que el estado de salud de sus asociados sea alto.

Además, rescata el papel que juega el capital social como una “pieza maestra” en el intento de avanzar hacia la promoción de la salud; y ser un recurso para el cambio social. “El capital social puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debe potenciar el desarrollo del capital social en términos positivos para la comunidad” (García y Moreno, 2011).

Es por ello que, el capital social como categoría de análisis, puede indicar el impacto de los factores sociales en la salud, asimismo potenciar un enfoque social a las acciones en promoción de la salud, es decir, puede ser un recurso y un objetivo al mismo tiempo (Sapag y Kawachi, 2007).

## CAPÍTULO II

### PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente (OMS, 2016), y se diagnostica observando niveles altos de glucosa en sangre. La insulina es una hormona producida por el páncreas, que se requiere para transportar la glucosa desde la sangre al interior de las células del cuerpo donde se utiliza como energía. La falta o la ineficacia de la insulina en las personas con diabetes significa que la glucosa continúa circulando en la sangre, con el tiempo, los altos niveles de glucosa en sangre causan daño a los tejidos del cuerpo, originando complicaciones que pueden ser incapacitantes y poner en riesgo la vida (FID, 2015).

La diabetes mellitus tipo 2 es la más común de las diabetes. Generalmente se presenta en los adultos, pero se ve cada vez más en niños y adolescentes. Este tipo se caracteriza porque el cuerpo es capaz de producir insulina pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz. Con el tiempo, los niveles de esta hormona pueden llegar a ser insuficientes. La resistencia, como, la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles altos de glucosa en sangre.

Las causas exactas del desarrollo de la diabetes tipo 2 no se conocen aún, se reconocen varios factores de riesgo como el sobrepeso, la inactividad física y la nutrición pobre. Otros factores que juegan un papel importante son la etnicidad, antecedentes familiares, historia de diabetes gestacional y edad avanzada.

El pilar del tratamiento de este tipo de diabetes es la adopción de una dieta sana, aumentar la actividad física y mantener un peso corporal normal.

El número de personas con esta enfermedad aumenta rápidamente en el mundo, incremento que se asocia al envejecimiento de la población, el desarrollo

económico, el aumento de la urbanización, las dietas menos saludables y la disminución u omisión de la actividad física.

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015), señala en su publicación anual “Atlas de la Diabetes”, que:

Es una de las mayores emergencias mundiales de salud del siglo XXI. Cada año más y más personas viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Además de los 415 millones de adultos que actualmente tienen diabetes, hay 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, lo que les sitúa en un alto riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro.

Hoy en día, todavía hay varios países que no son conscientes del impacto social y económico de la enfermedad, lo que provoca una barrera para elaborar estrategias de prevención efectivas que reduzcan la presencia de la diabetes tipo 2.

## **2.1 Contexto nacional**

En México en los años 40´s la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad en el país (Cuadro No.1), “la tasa era de 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes” (SSA, 2011, p. 17), esta enfermedad era considerada una patología de baja frecuencia que afectaba a una de cada cien personas adultas.

Cuadro No. 1

<b>Mortalidad por diabetes en México, 1940-2005</b>		
<b>Año</b>	<b>Tasa*</b>	<b>Lugar dentro de las principales 20 causas</b>
1940	4.2	-
1960	7.9	19
1970	16.9	15
1980	21.8	9
1990	31.7	4
2000	46.8	3
2005	63	1
2006 <sup>1</sup>	65.2	2
2007 <sup>2</sup>	62.0	2

\*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Anuarios de mortalidad/SEED/DGESS/INEGI/1940,1960-2006

<sup>1</sup> Criterios de agrupación de acuerdo a la lista mexicana

<sup>2</sup> Fuente: Base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las funciones (SEED) 2007  
Información preliminar corte hasta Noviembre del 2007

Esta transición epidemiológica se fue presentando:

En 1980 y en 1990 las tasas de mortalidad por diabetes se incrementaron significativamente a 21.8 y 31.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente. En 2000 la tasa aumentó a 46.8 y, para 2007, se estimó en 62.0 por cada 100,000 habitantes, siendo la tercera y segunda causa de muerte respectivamente en esos años.

A partir del año 2000, la diabetes mellitus [repuntó hacia la] primera causa de muerte en mujeres. En los hombres fue la segunda después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado con bastante frecuencia a la diabetes. En 2006, la diabetes representó 13.8% de todas las muertes ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años. El análisis de las tasas de mortalidad estandarizada muestra una tendencia ascendente entre 2001 y 2005, al pasar de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. La mortalidad por diabetes ha tenido un ritmo de crecimiento de 6% en los últimos siete años.

Con relación a la morbilidad, la diabetes tipo 2 representa 97% del total de casos nuevos registrados. En general, se reconoce un alza

significativa de la incidencia en las últimas décadas. En el periodo 2001-2007 se apreció un incremento de 28% al pasar de una tasa de 291.0 a 375 por 100,000 habitantes, respectivamente. En el año 2006 se reportaron 394,360 casos nuevos, de los cuales un tercio corresponden a población abierta (35%) y más de la mitad a población derechohabiente (51%).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5%, lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de éstos 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor (SSA, 2011, p. 17-19).

En el país la diabetes ocupa la primera causa de defunción en los hombres (11.87%) y en las mujeres (16.74%) (Cuadros 2 y 3), y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo (Gómez, Sesma, Becerril, Knual, Arreola y Frenk, 2011, p. S222).

Cuadro No. 2

<b>Diez Principales Causas de Muerte en Mujeres, México, 2008</b>			
<b>Enfermedades</b>	<b>Número</b>	<b>Tasa *</b>	<b>%</b>
1. Diabetes mellitus	39 939	73.67	16.74
2. Enfermedades isquémicas del corazón	25 994	47.95	10.90
3. Enfermedad cerebrovascular	15 857	29.25	6.65
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 994	16.59	3.77
5. Enfermedades hipertensivas	8 902	16.42	3.73
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	7 024	12.96	2.94
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 972	12.86	2.92
8. Nefritis y Nefrosis	5 814	10.72	2.44
9. Tumor maligno de la mama	4 835	8.92	2.03
10. Desnutrición calórico protéica	4 241	7.82	1.78
Causas mal definidas	5 185	9.56	2.17
Las demás causas.	104 766	193.24	43.92
<b>Total</b>	<b>238 523</b>	<b>439.95</b>	<b>100.0</b>

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

\*Tasas por 100 000 mujeres

Fuente: Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knual, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), S220-S232.

Cuadro No. 3

<b>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN Hombres, México, 2008</b>			
<b>Enfermedades</b>	<b>Número</b>	<b>Tasa *</b>	<b>%</b>
1. Diabetes mellitus	35 697	68.04	11.87
2. Enfermedades isquémicas del corazón	33 804	64.43	11.24
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21 464	40.91	7.13
4. Enfermedad cerebrovascular	14 388	27.42	4.78
5. Agresiones (Homicidios)	12 575	23.97	4.18
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 590	22.09	3.85
7. Accidente de vehículo de motor (tránsito)	9 643	18.38	3.21
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	8 088	15.42	2.69
9. Enfermedades hipertensivas	6 806	12.97	2.26
10. Nefritis y Nefrosis	6 786	12.93	2.26
Causas mal definidas	5 319	10.14	1.77
Las demás causas	134 677	256.69	44.77
<b>Total</b>	<b>300 837</b>	<b>573.39</b>	<b>100.0</b>

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

\*Tasas por 100 000 hombres

Fuente: Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knual, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), S220-S232.

En 2012, el Instituto Nacional de Información y Estadística (INEGI), puntualizó en “Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes”: Datos del Distrito Federal, que la tasa de mortalidad por diabetes mellitus, en esta entidad fue de 103.2 defunciones por cada 100 mil habitantes, donde las delegaciones Iztacalco,

Venustiano Carranza, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Coyoacán y Miguel Hidalgo registran las mayores tasas con cifras superiores a la media del país. Por el contrario, la delegación con la menor tasa fue Tlalpan con 72.6 casos por cada 100 mil residentes de la demarcación.

Debido a lo anterior ha sido necesario actualizar las políticas y estrategias de prevención y control bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, con la finalidad de permitir la conjunción de esfuerzos y organización de los servicios en los distintos órdenes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado de estilos de vida no saludables como una alimentación incorrecta y el sedentarismo (SSA, 2014).

De acuerdo con los resultados de la Supervisión Integral realizada en el año 2000, se encontró que el 73% de las Unidades de Salud del primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud contaban con el documento normativo de diabetes (NOM-015), 84% con la Guía de Detección Integrada y 40% con la Guía Técnica para Capacitar al Paciente Diabético. Todos ellos considerados como documentos indispensables para que el personal de salud brinde atención adecuada en detección, diagnóstico y control de la diabetes.

En 2013 se lanza en el país la "Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes" que plantea la integración de tres pilares y seis ejes rectores, que contienen ejes estratégicos, componentes y actividades. Instrumenta un programa nacional multisectorial, con actividades, metas e indicadores definidos para coadyuvar a disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Dando cabida a la atención en el primer nivel, se encuentra el tercer objetivo de dicha estrategia proponiendo: "mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus" (SSA, 2014, p. 42).



Por ello, se realizó la gestión correspondiente con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para acceder a un Centro de Salud de la demarcación Iztacalco a fin de comprender el problema de la magnitud de la diabetes mellitus tipo 2.

A continuación se presenta una breve descripción del espacio donde se desarrolló el trabajo de campo.

## **2.2 Demarcación Iztacalco, Ciudad de México**

La delegación Iztacalco se encuentra ubicada al Este de la Ciudad de México, colinda al Norte con la delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc, al Poniente con Benito Juárez; al Sur con Iztapalapa, y al Oriente con el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México (INAH, 1992).

Es la delegación más pequeña de las dieciséis que comparten el territorio capitalino, con apenas 23,3 kilómetros cuadrados que albergan una población cercana a los 400 mil habitantes.

Se encuentra en una zona urbana, de la Ciudad de México, al igual que otras comunidades, esta delegación tiene acceso a casi todos los servicios e infraestructura, no obstante, también se encuentra inserta en problemáticas sociales como la drogadicción, la delincuencia y la inseguridad (Reyes, 2011).

### **2.2.1 Historia**

La fundación de Iztacalco se remonta alrededor de 700 años, cuando en 1309 los mexicas se establecieron en uno de los islotes del lago de Texcoco (16 años antes de la fundación de México Tenochtitlan por los aztecas, en 1325, sobre un islote dentro del lago de México). El nombre de Iztacalco está ligado al proceso de obtención de la sal a través de la evaporación y filtración de las aguas del lago de

Texcoco, valiéndose de un inmueble hecho de piedra y barro, cuyo glifo ahora se utiliza como emblema de este territorio (GDF, 2010).

A principios del siglo XX la población de Iztacalco era de apenas dos mil ochocientos habitantes, debido a que el lago de Texcoco se encontraba en proceso de desecación, lo que originó la presencia de terrenos inundados o anegadizos que impedían su ocupación habitacional.

En 1928 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas a la Constitución, por las cuales se suprimió el régimen municipal en el Distrito Federal, ya que su gobierno quedó a cargo del Presidente de la República. A consecuencia de esta modificación, la Ley Orgánica del Distrito y de los Territorios Federales, que entró en vigor el primero de enero de 1929, dividió su territorio en trece delegaciones para la administración de los servicios públicos locales. De esta manera Iztacalco fue transformado en delegación del Distrito Federal a partir de esa fecha.

El paisaje urbano de Iztacalco para principios de siglo XX se caracterizó por la presencia de casas de adobe, otras de carrizo y muy pocas de cal y canto. Los servicios públicos eran muy deficientes, el transporte era muy escaso y restringido.

En sus inicios, la mayoría de los habitantes de la colonia eran trabajadores de diversos oficios, principalmente: albañiles, azulejeros, canteros, yeseros, pintores de brocha gorda, herreros, plomeros, electricistas y soldados, y en menor medida comerciantes. El ambiente social era tranquilo. Las calles de las colonias eran espacio donde los niños jugaban.

Actualmente la zona de chinampas ya no existe, ahora hay calles en lo que fueron canales, casas hechas con diverso tipos de materiales en lo que fueron fértiles chinampas, y como único testimonio de lo que fue el famoso Canal de la Viga, la actual calzada del mismo nombre, en la cual ya no transitan aquellas canoas llenas de verduras o flores, sino camiones de transporte público.

A partir de la década de los 90's comenzaron a instalarse empresas transnacionales y nacionales a la demarcación, por un lado la multinacional Wal Mart a través de sus tiendas de autoservicio, y por otro, la Bodega Aurrera; intervención que provocó un golpe a los mercados populares y tianguis de la zona.

Referente a cadenas restauranteras se da la inserción de McDonalds y Vips, que representaron un significado del estatus económico y cambio en la alimentación de los habitantes.

Iztacalco es la segunda delegación de la Ciudad de México por número de establecimientos industriales. En 1998, había 14 805 establecimientos, entre octubre del 2000 y julio de 2001, se abrieron 477 establecimientos comerciales, 19% para la venta de alimentos preparados y 12.2% de abarrotes (Garibay, 2009).

### **2.2.2 Indicadores sociodemográficos**

El Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social (SEDESOL, CONEVAL, 2014), señaló que:

La población total de la delegación en 2010 fue de 384,326 personas, lo cual representó el 4.3% de la población en la entidad federativa.

En el mismo año había en la delegación 101,619 hogares (4.3% del total de hogares en la entidad federativa), de los cuales 33,523 estaban encabezados por jefas de familia (4.5% del total de la entidad federativa).

El tamaño promedio de los hogares en la delegación fue de 3.7 integrantes.

El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en la delegación era de 10.5.

En 2010, la delegación contaba con 160 escuelas preescolares (4.7% del total de la entidad), 162 primarias (4.8% del total) y 69 secundarias (4.9%). Además, la delegación contaba con 19 bachilleratos (3.3%) y 21 escuelas de formación para el trabajo (4.1%). El municipio no contaba con ninguna primaria indígena.

Las unidades médicas en la delegación eran diez (1.5% del total de unidades médicas en la entidad federativa).

El personal médico era de 228 personas (1.5% del total de médicos en la entidad federativa) y la razón de médicos por unidad médica era de 22.8, frente a la razón de 38.4 en toda la entidad federativa. El porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 37.7%, equivalente a 152,964 personas.

La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 49.3% de la población, es decir 199,837 personas se encontraban bajo esta condición.

### **2.3 Centro de Salud T-III "Dr. José Zozaya"**

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada a los servicios de salud, y por tanto, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, enfocando los servicios a preservar la salud por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. Estos servicios se otorgan frente a padecimientos frecuentes y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica (SSA, 1994).

Iztacalco posee cinco Centros de Salud, operados todos ellos por la Jurisdicción Sanitaria de Iztacalco, el Centro de Salud-TIII "José Zozaya", es la de mayor antigüedad ya que fue inaugurado en mayo de 1958 y es la unidad que dispone de mayor variedad de servicios; dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad

de México y se ubica en Corregidora No. 135, esquina con Av. Plutarco Elías Calles, colonia Santa Anita, situado geográficamente junto la Unidad No. 30 del Seguro Social, a la altura de la estación del Metro Coyuya.

Un Centro de Salud es un espacio público donde se brinda servicios como: orientación alimentaria, salud bucal, salud reproductiva al adolescente, prevención de la violencia familiar y las adicciones, estimulación temprana al menor de un año, atención del embarazo, parto y puerperio, consultas de pediatría, nutrición y psicología, consulta externa, aplicación de sueros y vacunas, atención de enfermedades crónico degenerativas, consulta odontológicas además del otorgamiento de métodos de planificación familiar entre otras (GDF, 2016).

Este Centro por ser un T-III, se caracteriza por tener bajo su responsabilidad aproximadamente 42,000 o más habitantes de población abierta, tiene de 14 consultorios, cuenta con dirección y administración de la unidad, además del servicio de Epidemiología y Coordinación Médica.

El recurso humano para su operación es un médico general y dos auxiliares de enfermería por cada 3,000 habitantes, y un odontólogo por cada 9,000 habitantes. Además cuenta con personal técnico de laboratorio y rayos X (SSA, 1994).

Los servicios de los Centros de Salud son gratuitos en los términos considerados en la legislación vigente en materia de salud de la Ciudad de México. La gratuidad del servicio incluye la consulta y el abasto de algunos medicamentos. Los Centros pueden canalizar a sus pacientes a los hospitales públicos en los casos que lo requieran.

La atención a las personas que viven con diabetes en los Centros de Salud se rige por la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes en el Distrito Federal (2003), tiene como objeto prevenir, tratar y controlar la diabetes, a través de la función que ejercen las instituciones y dependencias de los sectores público, privado y social.

De acuerdo a esta Ley:

La atención a la Diabetes, es prioritaria para el Sistema de Salud del Distrito Federal, por lo que sus integrantes, en el ámbito de sus respectivas competencias, destinarán el presupuesto, servicios, medidas y políticas públicas, que contribuyan a hacer efectivos su prevención, tratamiento y control (p.1).

Referente a la resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2, el médico deberá observar, para la atención de la enfermedad los lineamientos siguientes:

I.- En el manejo no farmacológico:

a) *Control de peso*. Procurar que el Índice de Masa Corporal se mantenga entre 18 y 25 kilogramos por metro cuadrado;

b) *Plan de alimentación*. La dieta para el paciente con diabetes será variada entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas saturadas;

c) *Actividad física*. La práctica, por parte del enfermo, de al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana;

d) *Educación terapéutica*. El cuidado de la diabetes corresponde primordialmente a la persona con este padecimiento. Para lograr el control necesita ser educado en su autocuidado; la educación terapéutica es parte integral del tratamiento, debe proveerse desde el diagnóstico del padecimiento y luego, de manera continua;

e) *Autocontrol*. La información que se recabe con el autoanálisis de la glucosa capilar será de utilidad para conocer la eficacia del plan de alimentación, actividad física y tratamiento farmacológico de la diabetes permitiendo hacer los ajustes dinámicos en el día con día; para conocer el avance del tratamiento del paciente y poder ajustarlo para lograr un mejor control del padecimiento se medirá periódicamente la hemoglobina glucosilada (p. 4).

II. En el manejo farmacológico:

- a) Hipoglucemiantes orales o;
- b) Utilización de insulina (p. 5).

El decreto también señala que el gobierno de la Ciudad de México, a través de la Secretaría, debe promover la creación de Grupos de Ayuda Mutua. Con base en los programas de educación terapéutica individual o de grupo para capacitar y orientar la adopción de estilos de vida saludables, por medio de la realización de actividad física, alimentación correcta, evitando se desarrollen trastornos de la conducta alimentaria, así como la promoción del autoanálisis de la glucosa capilar. Los Grupos de Ayuda Mutua se integran por personas con diabetes, sus familiares, amigos, médicos y cualquier otra persona interesada.

Asimismo la Ley señala que la *atención* en el primer nivel de atención comprende:

- a) Todas las Unidades Médicas de la Secretaría y en las escuelas;
- b) Está dirigido al cuidado de la persona, la familia, comunidad y su entorno;
- c) Se enfoca a la promoción de medidas preventivas y de cuidado,
- d) Se creó la Cartilla Metabólica dirigida a la población de [la Ciudad de México] y es aplicable en todas las etapas de su vida;
- e) El médico es el [encargado de indicar el tratamiento farmacológico]
- f) Los Grupos de Ayuda Mutua, [donde se orienta] al paciente y familiares para que aprendan a vivir con la enfermedad, mejorar su calidad de vida evitar complicaciones y en caso de emergencia saber cómo actuar (p. 10).

En el segundo nivel:

- a) Está dirigido a pacientes que presenten cuadros clínicos complejos, los cuales son enviados a unidades de atención especializada; y

b) El médico es [el responsable de señalar] la complejidad del cuadro clínico (p. 10).

Además al ser ya diagnosticado con diabetes, el decreto señala que el paciente debe acudir quincenalmente al Centro de Salud, hasta estabilizar los niveles de glucosa, presión arterial, perfil de lípidos y cualquier otro que se establezca en el Plan de Manejo Integral y se tenga un control metabólico. Posterior a esto, el médico determinará la periodicidad del contacto.

En este capítulo se presentó un panorama epidemiológico de la diabetes mellitus a nivel mundial y nacional, para dar paso a conocer el contexto donde se desarrolló el trabajo de campo y por último la atención que se brinda en el Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya”.



## CAPÍTULO III

### LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Justificación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con repercusiones económicas y sociales, que va asociada a graves complicaciones y que supone un riesgo para quien la padece, las familias y los países (FID, 2006).

La Federación Internacional de Diabetes (FID), reportó que en el 2015 habían 415 millones de personas con este padecimiento a nivel mundial, estimando que esta cifra aumentará a 642 millones para el 2040, siendo los pobres y desfavorecidos a quienes aqueja en mayor número. En este sentido la OMS reveló que es un hecho que la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC). La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y en última instancia de amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufre un deterioro grave de la visión. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Entre un 10 y 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa (OMS, 2012), la FID señala que cada seis segundos muere una persona (FID, 2013).

Ante este panorama, México no es la excepción la trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2 por ciento de la población. Tanto hombres como mujeres tuvieron un incremento en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

Para el año 2017 se estima que el costo directo de la atención a la enfermedad fluctúe entre 78 mil y 101 mil millones de pesos de 2008 y el indirecto entre 73 mil millones y 101 mil millones de pesos de 2017 (Gutiérrez, Guajardo y Álvarez, en Rivera, 2012). Por esto, es que la diabetes mellitus es una de las prioridades en la agenda nacional, dada sus repercusiones.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) señaló que:

En el 2010 se registraron 9 mil 130 fallecimientos en el Distrito Federal a causa de la diabetes mellitus, mismos que representaron 16.7% del total de las muertes ocurridas en la entidad; 16.3% de las defunciones masculinas y 17.1% de las femeninas se deben a este padecimiento (p. 1).

[Y por demarcación] la tasa de mortalidad [fue] de 103.2 defunciones por cada 100 mil habitantes, en donde las delegaciones de Iztacalco, Venustiano Carranza, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Coyoacán y Miguel Hidalgo [registraron] las mayores tasas con cifras superiores a la media de la entidad (p. 2).

Ante este panorama, es necesario mirar a las personas que viven con el padecimiento y sus familiares, pues son quienes en su día a día enfrentan las consecuencias, así como experiencias asociadas a la cronicidad que constituyen en su conjunto el padecimiento, el cual es interpretado y afrontado por los enfermos y

su red más cercan de diferentes maneras (Mercado-Martínez, Robles, Leal y Alcántara, 1999).

De acuerdo con Mercado-Martínez (2003), el prestar atención a los fenómenos micro, en este caso a la experiencia del padecimiento, en el marco de los procesos que producen y se reproducen los individuos enfermos. Se debe entender como un fenómeno social de naturaleza subjetiva, donde las personas que viven con diabetes y los integrantes de su red social, perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean.

Es así que la intervención de Trabajo Social en el área de la salud es abordar el proceso de salud-enfermedad desde un perspectiva multidisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque biopsicosocial (Galeana, 2004), con la finalidad de que haya una salud completa de los individuos, por lo que el accionar se orienta a la investigación, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso, así como en acciones de educación social, a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en este sentido, es importante que el Trabajador Social estudie a las personas que viven con diabetes mellitus desde el enfoque cualitativo, lo que le permitirá comprender su cotidianidad, para construir, modificar o complementar la atención que se presta, para considerar las miradas simbólicas a través de los cuales se conciben a las enfermedades, su origen, distribución y sobre todo consecuencias.

Específicamente esto resulta como un punto de partida para una verdadera intervención donde se conozca y comprenda la realidad en la que se desenvuelven las personas con diabetes y los otros actores que comparten el mismo contexto social, mediante la ejecución de actividades dirigidas a la satisfacción de las

necesidades y a hacer realidad su bienestar, con vista a modificar el medio social y mejorar las condiciones de vida que resultan negativas o perjudiciales para lograr el control deseado de su enfermedad (García y García, 2005).

### **3.2 Planteamiento del problema**

La diabetes mellitus como ya se ha señalado es una enfermedad crónica que va asociada con graves complicaciones y que a su vez tiene repercusiones no sólo para la persona que la vive, sino para la familia y la sociedad.

Es por ello que estudiarla desde un punto de vista cualitativo, permite conocer las perspectivas a través de los cuales las personas que viven con diabetes conciben su enfermedad, su origen, consecuencias, entre otros, para replantear las intervenciones del sector salud, en específico, apostar por la prevención y atención, y por ende mejorar la calidad de vida de esta población, en este sentido, Carmen Vera (2011), señala que:

centrar las intervenciones en la “dulzura” de la sangre, podría ayudarnos a repensar, las experiencias de vida en la diabetes que está en consonancia con la comprensión de la angustia (sufrimiento social) que se expande en la comprensión convencional de la población diabética, sobre todo en los sectores de la población con más desventajas socioeconómicas.

Es importante rescatar que en la actualidad se tiene conocimiento de cuántas personas con diabetes hay, de cuál debe ser el tratamiento que se debe seguir para el control de la enfermedad, incluso de la gran variedad de medicamentos que existen, los alimentos a consumir, las rutinas de ejercicio que realizar, pero desafortunadamente, no lo es todo. Falta cuestionarnos, ¿cómo enfrenta día a día el vivir con el padecimiento?, ¿cómo ha influido la enfermedad en su dinámica familiar?, ¿con qué recursos cuenta para hacer frente al padecimiento?, etc.

De ahí la importancia de que sean las personas que viven con diabetes mellitus las protagonistas de los estudios para tratar de construir desde la vivencia de éstas; estrategias de intervención que respondan a sus necesidades. Situación que remonta a los conceptos básicos del Trabajo Social, recordando que ésta es una profesión que se ocupa del individuo inmerso en el tejido social, que vive de manera simultánea diversos problemas y carencias que afectan o alteran su desarrollo personal, grupal y comunitario. Por lo mismo, el Trabajador Social es un profesional capacitado para la atención y búsqueda de soluciones a determinados problemas de los individuos, busca el bienestar del ser humano; ello se puede lograr en un ámbito operativo, pero también desde la investigación, pues si bien como lo menciona Kisnerman (1985), la investigación es el proceso metodológico de descubrir, interpretar, explicar y valorar una realidad, prediciendo su desarrollo futuro según se intervenga o no en ella (Acero, 1982).

### **3.3 Preguntas de investigación**

A través de las narrativas de personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el hábitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?
2. ¿Cuál es la dinámica familiar de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?
3. ¿Cuál es el capital social con el que cuentan las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?

### **3.4 Objetivos**

#### **3.4.1 General**

Comprender el habitus, la dinámica familiar y el capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, a través de sus narrativas.

#### **3.4.2 Específicos:**

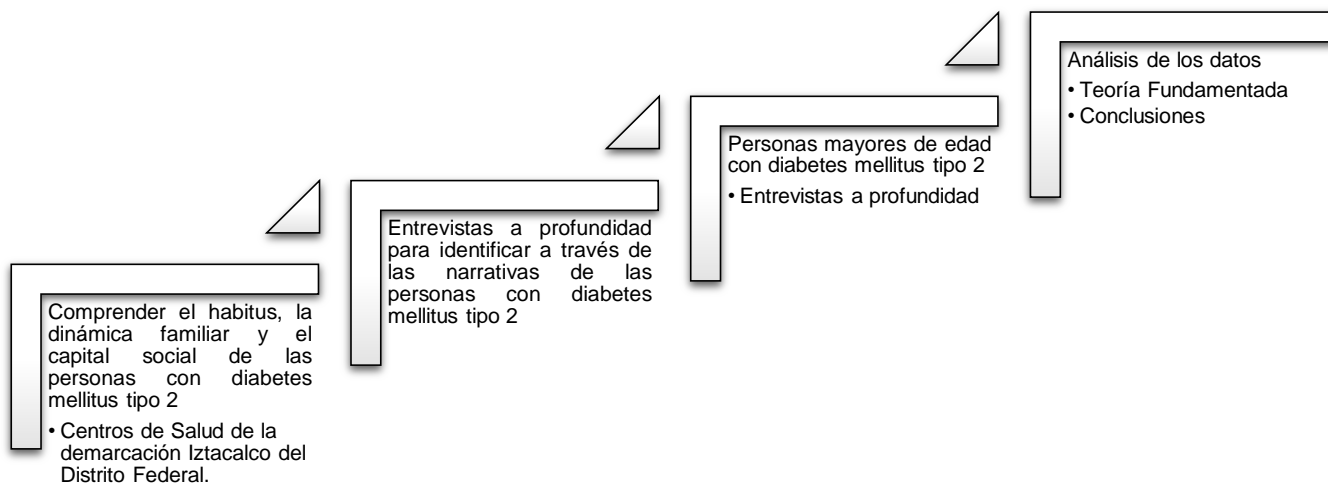
- Describir las percepciones, apreciaciones y acciones de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 con relación a su padecimiento.
- Identificar el curso, fases y el funcionamiento familiar cuando se presenta la diabetes mellitus tipo 2 en un miembro de la familia.
- Describir el capital social con el que cuentan las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2.

### **3.5 Metodología y métodos**

#### **3.5.1 Tipo de estudio**

La investigación fue de tipo cualitativo con un nivel exploratorio, debido a que se centran en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (Pérez, 2001). Además, fue transversal e interpretativa basada en la teoría fundamentada.

### 3.5.2 Diseño de investigación



### 3.5.3 Población, lugar y tiempo

Se consideró a las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, que acudieran al Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya” de la delegación Iztacalco de la Ciudad de México, en el período de aplicación fue de marzo a mayo de 2016.

### 3.5.4 Muestra

En la investigación cualitativa no hay criterios ni reglas establecidas, para determinar el tamaño de la muestra, debido a que se hace con base en las necesidades de información, por lo tanto, el principio que guiará el tamaño de la muestra es la “*saturación de datos*”, que consiste en obtener información hasta el punto en que comienza a ser redundante (Salamanca y Martín-Crespo, 2007).

### 3.5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- Inclusión.** Persona mayor de 18 años, que vive con diabetes mellitus tipo 2, ambos sexos, que acudan al Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya”, de la delegación Iztacalco, con o sin complicaciones propias de la enfermedad, que acudan o no a un Grupo de Ayuda Mutua.
- Exclusión.** No ser mayor de edad, tener alguna discapacidad cognitiva que impida la libre expresión.
- Eliminación.** Que una vez aceptado participar, decidan no concluir la entrevista.

### 3.5.6 Guía de entrevista: dimensiones a estudiar

1. El habitus
2. El dinámica familiar
3. El capital social

Se construyó una guía de entrevista (Anexo 1), de acuerdo a las categorías y subcategorías apriorísticas (Cisterna, 2005), como uno de los elementos básicos a tener en cuenta para la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recogerá y organizará la información. Por lo que fue necesario distinguir entre categorías, que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en microaspectos. Estas categorías y subcategorías son apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso de recopilación de la información. Asimismo, estos tópicos surgieron a partir de la formulación de los objetivos generales, que son la transformación de las preguntas de investigación en términos de finalidades, como específicos, que desglosan y operacionalizan los primeros. Y estos tópicos se materializan en el diseño de investigación por medio de las llamadas “categorías apriorísticas”, con su correspondiente desglose en subcategorías, constituyendo la expresión que orienta y direcciona la construcción del instrumento recopilador de la información.

Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas						
Ámbito temático	Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivos generales	Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías
Habitus, dinámica familiar y capital social	<p>La diabetes mellitus es tipo 2, es una de las principales enfermedades crónico-degenerativas que afectan a nivel mundial y nacional; por lo que resulta necesario conocer como las personas con este padecimiento lo viven día a día, a fin de generar intervenciones acordes a su realidad. Se plantea desarrollarlo en la demarcación Iztacalco, debido a que es la de mayor incidencia a nivel nacional, de ahí que se pretende conocer el habitus, la dinámica familiar y el capital social.</p> <p><b>Habitus.</b> Sistema de disposiciones duraderas y transferibles, que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que contribuye a producir (Bourdieu, 1972).</p>	¿Cuál es el habitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 que residen en la delegación Iztacalco?	Identificar los habitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2	Describir las percepciones, apreciaciones y acciones de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 con relación a su padecimiento	Relación a la familia	Alimentación Actividad física Autocuidado



Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas						
Ámbito temático	Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivos generales	Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías
Hábitus, dinámica familiar y capital social	El vivir con diabetes mellitus tipo 2, no sólo involucra a la persona con la enfermedad, sino que abarca a la familia como el contexto inmediato, donde cada miembro de acuerdo a su experiencia puede ser afectado o no; debido a que un padecimiento crónico es fuente de desequilibrios al generar preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar los roles dentro y fuera del ámbito familiar y por el temor a las complicaciones propias de la enfermedad; por lo cual es preciso conocer el ajuste o desajuste que ha originado en el entorno familiar el diagnóstico de uno de sus miembros con esta enfermedad.	¿Cuál es la dinámica familiar de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?	Describir el ajuste o desajuste dentro del entorno familiar de la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2	Identificar el curso, las fases y componentes del funcionamiento familiar cuando se presenta la diabetes mellitus tipo 2 en uno de sus miembros.	1. Curso	a) Progresiva b) Recurrente
					2. Fases	a) Crisis b) Crónica a) Terminal
					3. Funcionamiento familiar	a) Estructura b) Organización c) Adaptabilidad d) Cohesión e) Límites

Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas						
Ámbito temático	Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivos generales	Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías
Hábitus, dinámica familiar y capital social	El conocimiento de lo social, en la explicación causal de las formas de enfermar y de morir de las poblaciones, se ha debatido desde dos visiones, los que creen que la salud depende de aspectos derivados del ambiente social, y los que piensan que fundamentalmente depende de los servicios de salud, en este sentido se retoma al capital social como categoría de análisis, que puede indicar el impacto de los factores sociales en la salud, así como potenciar un enfoque social a las acciones en promoción de la salud, es decir, puede ser un recurso y un objetivo al mismo tiempo a fin de generar acciones en pro de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2.	¿Cuál es el capital social con el que cuentan las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?	Evidenciar el capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2	Describir el capital social con el que cuentan las personas con diabetes mellitus tipo 2	1. Componentes del capital social	a) Redes de apoyo b) Participación c) Solidaridad d) Cooperación e) Compromiso f) Confianza g) Reciprocidad

### **3.5.7 Principios éticos**

Los principios éticos que rigieron esta investigación fueron:

- Garantizar la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes.
- No forzar a los participantes.
- Informar el objetivo de la investigación.

Se retomó el consentimiento informado de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Anexo 2).

### **3.5.8 Logística**

A continuación se describen los procedimientos que guiaron el trabajo de campo de la presente investigación, señalando los pasos a seguir:

1. El primer acercamiento que se realizó, fue acudir personalmente a la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, a fin de conocer los trámites correspondientes para poder entrevistar a los pacientes que son atendidos en cada uno de los Centros de Salud que pertenecen a la demarcación.
2. Posteriormente acudí a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSa CDMX), a pedir informes, debido a que en la Jurisdicción Sanitaria, se me notificó que cualquier trabajo de investigación y de campo debe estar autorizada por la Dirección de Educación e Investigación de la SSa CDMX. En este primer contacto se me dio a conocer el procedimiento que se debe seguir para poder acceder a las instalaciones de los Centros de Salud.
  - a) Estructurar el protocolo de investigación de acuerdo al formato de la SSa CDMX
  - b) Entregar el protocolo a la Dirección de Educación e Investigación y esperar a que sea revisado el protocolo.
  - c) Llamar a la Dirección para conocer el estatus de aprobación del protocolo.
  - d) Acudir con la revisora del protocolo, para conocer las observaciones al respecto.
  - e) Entregar nuevamente el protocolo con las observaciones atendidas.

- f) Esperar la aprobación del protocolo.
3. Cuando se aprobó el protocolo de investigación por la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, contacte al personal del Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya”, de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco. Cabe mencionar que de acuerdo a criterios de la SSa CDMX, sólo autorizaron el trabajo de campo en este Centro.
  4. Al ingresar al Centro de Salud solicité informes a la directora, para conocer los servicios donde acuden las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, y saber quiénes serían los posibles participantes del estudio.
  5. Además solicité un espacio para la realización de las entrevistas, donde se me asigno un consultorio los días martes y jueves.
  6. Invité a cada uno de los participantes que cubrieran los criterios de inclusión para participar el proyecto.
  7. En un primer momento programé una cita para realizar las entrevistas, sin embargo, después volví a invitar a los pacientes antes o al término de su chequeo médico.
  8. De acuerdo al criterio de saturación tomé la decisión de ya no entrevistar a más participantes.
  9. Concluido el trabajo de campo, realice la transcripción de las entrevistas, posteriormente un árbol de categorías, mismo que sirvió para estructurar la presentación de los datos.
  10. Posteriormente elaboré las conclusiones y aportes que generaron los datos.
  11. Elaboré un informe para la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

### 3.5.9 Cuadro metodológico (entrevistas)

Entrevistado (a)	Fecha	Lugar	Tiempo
1. Germán	10-03-2016	Consultorio	51 minutos
2. Luisa	11-03-2016	Consultorio	50 minutos
3. Abril	11-03-2016	Consultorio	45 minutos
4. Damián	01-04-2016	Consultorio	84 minutos
5. Victoria	08-04-2016	Consultorio	50 minutos

<b>6. Maribel</b>	08-04-2016	Consultorio	54 minutos
<b>7. Esmeralda</b>	19-04-2016	Sala de espera	45 minutos
<b>8. Ana</b>	19-04-2016	Sala de espera	32 minutos
<b>9. Lilia</b>	19-04-2016	Sala de espera	37 minutos
<b>10. Berenice</b>	22-04-2016	Sala de espera	50 minutos
<b>11. Maru</b>	26-04-2016	Sala de espera	43 minutos
<b>12. Emma</b>	26-04-2016	Sala de espera	39 minutos
<b>13. José</b>	26-04-2016	Sala de espera	32 minutos
<b>14. Luis</b>	29-04-2016	Sala de espera	36 minutos
<b>15. Patricia</b>	29-06-2016	Sala de espera	48 minutos
<b>16. Jesús</b>	29-04-2016	Sala de espera	42 minutos
<b>17. Sergio</b>	13-05-2016	Sala de espera	47 minutos

### 3.5.10 Limitaciones del trabajo de campo

En este apartado se describen algunas de las limitaciones a lo largo del trabajo de campo.

1. *Institucionales.* Al acudir con la Secretaría de Salud, se tuvo que reestructurar el protocolo de investigación a los criterios metodológicos que utilizan (formato, citación, metodología).

Al ser aprobada la investigación se restringe el acceso a los cinco Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, argumentando que al ser un estudio cualitativo, no había necesidad de entrar en todos los Centros.

En el Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya”, al principio se logra tener un consultorio para realizarse las entrevistas, sin embargo, por cambios de la directora ya no se siguió teniendo el espacio, lo que provocó que las entrevistas subsecuentes se realizaran en la sala de espera antes o después de la cita médica.

2. *Entrevistas*. El realizar las entrevistas en la sala de espera, no permitió la libre expresión de los participantes, lo que se vio reflejado en la duración de las mismas y por ende, en la falta de narrativas de los participantes para su análisis.
3. *Entrevistados*. Falta de tiempo o interés para participar en el estudio.

### **3.5.11 Análisis de los datos**

Recabada la información se procedió al análisis de los datos recabados, retomando la Teoría Fundamentada, que fue enunciada por Strauss y Glaser en 1967 y consiste en una metodología que trata de desarrollar una teoría basándose en la recolección y análisis sistemático de datos empíricos, no partiendo de ninguna teoría o hipótesis inicial. Su principal diferencia respecto a otras metodologías cualitativas es que pone un gran interés en el desarrollo de una teoría sustentada en los datos procedentes del trabajo de campo (Hernández, 2014).

Fue fundamental retomar esta teoría que se centra en lo que el entrevistado dice y cómo lo dice; no en lo que el investigador piensa sobre la cuestión. Igualmente resultó interesante la información a través de diversas aportaciones de distintos participantes y entrevistados. A lo largo del proceso de categorización fue primordial el desarrollo de categorías y subcategorías teniendo presente las anotaciones hechas al margen durante el análisis, las cuestiones subrayadas en el texto, los mapas mentales así como la posibilidad de recurrir al uso de algún software que apoye este proceso.

La interpretación de los textos procedentes de las transcripciones de las entrevistas fue la piedra angular, en la que se basaron las decisiones de qué datos se analizarían y se codificarían según distintos procedimientos.

Los conceptos son los elementos básicos de la teoría. La codificación abierta en el método de la teoría fundamentada es el proceso analítico por el cual los conceptos se identifican y desarrollan desde el punto de vista de sus propiedades y dimensiones. Los procedimientos analíticos básicos por los que esto se logra son:

el planteamiento de preguntas sobre los datos y la realización de comparaciones para las similitudes y las diferencias entre cada incidente, acontecimiento y otros ejemplares de fenómenos. Los acontecimientos e incidentes similares se etiquetan y agrupan para formar categorías.

En definitiva, el producto de la codificación abierta tiene que ser una lista de códigos y categorías asignadas al texto de las entrevistas.

En resumen, el análisis de los datos se realizó a través de los siguientes pasos:

1. Transcripción
2. Elaboración de un árbol de categorías
3. Codificación de las transcripciones
4. Categorización temática
5. Triangulación teórica-metodológica
6. Redacción

De ahí que desde esta perspectiva se planteó a la teoría fundamentada como una opción metodológica para abordar el trabajo de investigación cualitativa a través de entrevistas. Supone, entre otras cosas, desarrollar una teoría sobre un problema u objeto de estudio basándose en la recolección y análisis de los datos que se extraen del trabajo de campo, sin partir de hipótesis iniciales o teorías apriorísticas. Para ello la teoría fundamentada se vale del muestreo teórico como mecanismo de selección de individuos a entrevistar, de la saturación teórica como límite al muestreo, y de la codificación teórica como proceso de análisis de los datos en los que sustentarse (Hernández, 2014).

**CAPITULO IV**  
**FAMILIOGRAMAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES**  
**MELLITUS TIPO 2**

En este capítulo se plasman los resultados obtenidos; primero se presentan las características sociodemográficas y los familiogramas a manera de conocer a las personas que se entrevistaron.

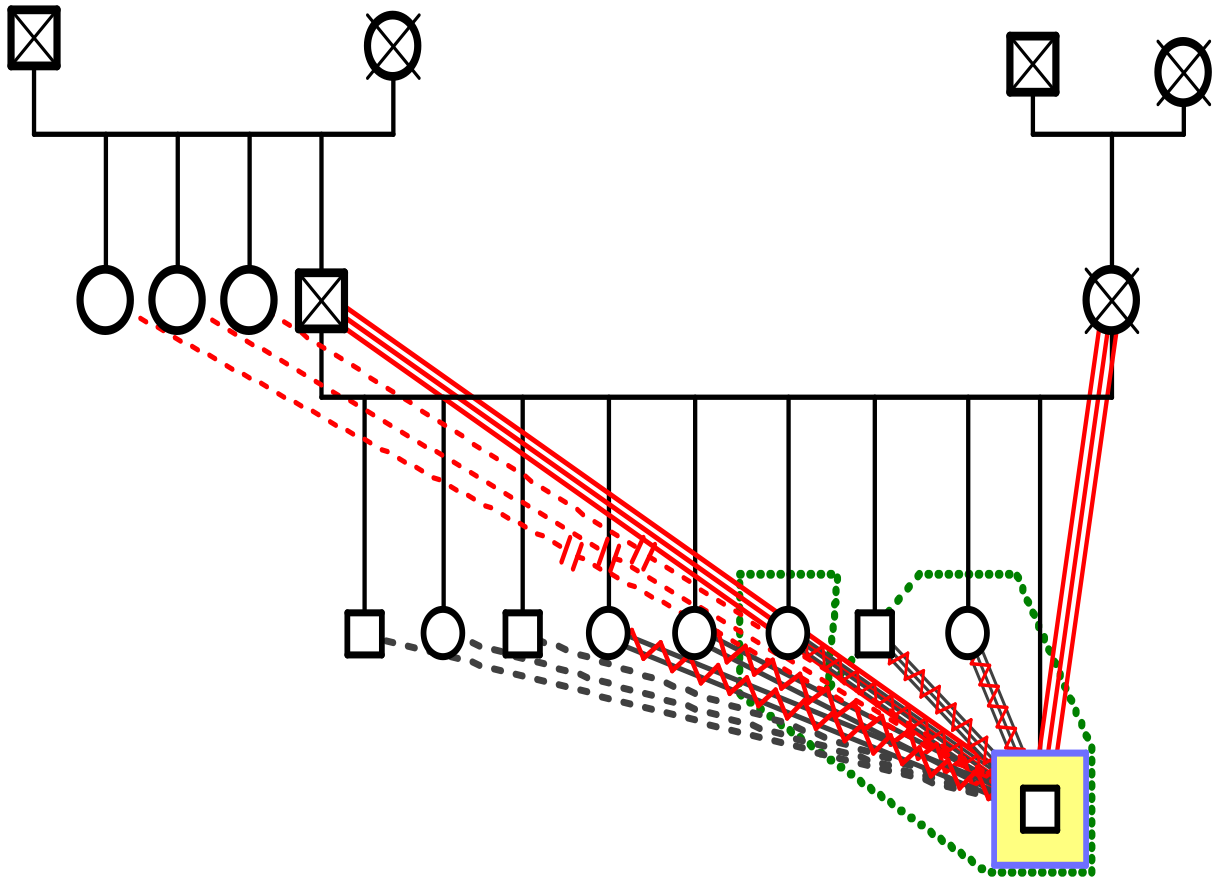
**4.1 Familiogramas**

De acuerdo a la tipología psicosocial de John S. Rolland (2000), presentada en el primer capítulo el familiograma o genograma, es un medio útil para presentar gráficamente un árbol genealógico familiar y mostrar pautas multigeneracionales significativas.

Los datos sociodemográficos que se incluyeron fueron: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación y lugar de residencia actual. La simbología que se utilizó para elaborar los familiogramas se presenta en el anexo 3.

Es importante señalar que la identidad de los participantes se conserva en anonimato, por lo cual se utilizaron seudónimos.

## 1. Germán

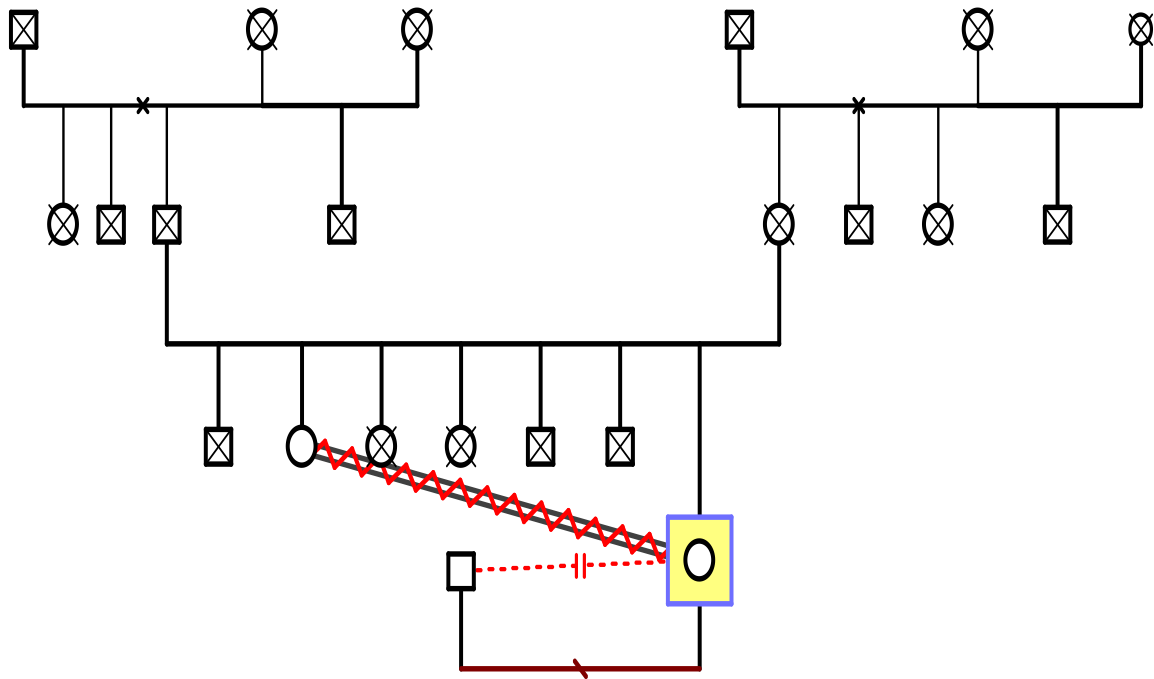


Tiene 50 años, menciona que no se casó, ni tuvo hijos, su escolaridad es tercero de secundaria, actualmente es empleado de la cadena comercial OXXO; vive en la colonia San Pedro Iztacalco con dos de sus hermanas, con quienes tiene una relación unida-hostil, señala que la relación que tuvo con sus padres fue fusionada; actualmente se encuentra alejado de sus tías paternas y con sus demás hermanos su relación es distante.

Tiene antecedentes de diabetes por parte de su madre y él fue declarado con la enfermedad hace quince años en una clínica del Seguro Social.



## 2. Luisa

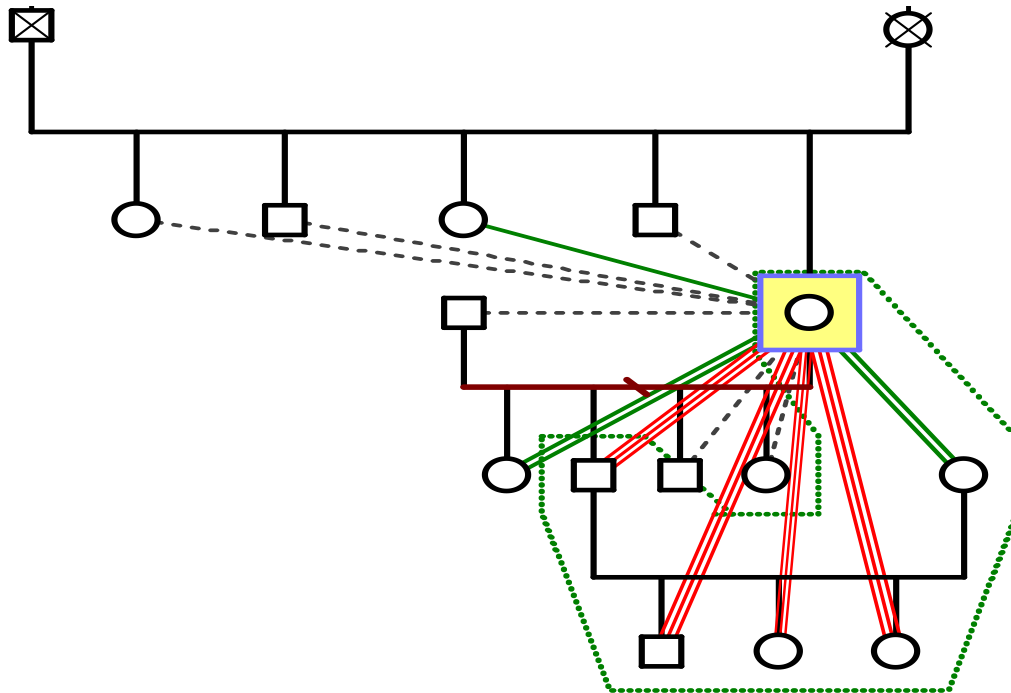


Tiene 60 años, en su juventud se casó, pero se separó a los dos años de la relación, no procreó hijos, curso la primaria y actualmente es empleada doméstica; y reside en Iztacalco.

Vive sola y menciona que la única relación con un familiar, es con su tía, describiéndola como cercana pero hostil, ya que sus caracteres son muy distintos.

Desconoce si alguno de sus familiares padeció diabetes o alguna otra enfermedad crónico-degenerativa, fue diagnosticada hace 30 años por casualidad, ya que acudió al Centro de Salud, en Chihuahua por otro motivo.

### 3. Abril

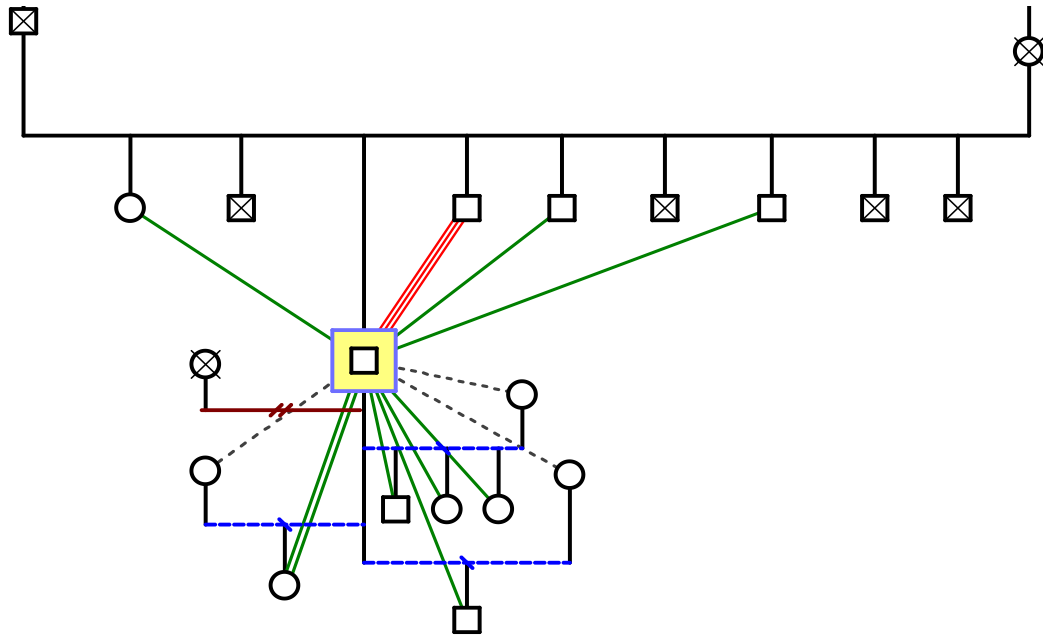


Tiene 68 años, es analfabeta funcional; al momento de entrevistarla se encontraba separada de su esposo y es ama de casa.

Vive en la colonia Ramos Millán, Iztacalco, con su hijo mayor y su familia, describiendo que la relación que lleva con él y sus nietos es fusionada y con su nuera es cordial, al igual que con su hija mayor. Mientras que con sus hijos los más jóvenes se encuentra distanciada al igual que con sus hermanos, excepto con una de sus hermanas, con quien tiene una relación de amistad.

Ella tiene 20 años con el diagnóstico de diabetes y no tiene antecedentes familiares de enfermedades crónicas.

#### 4. Damián

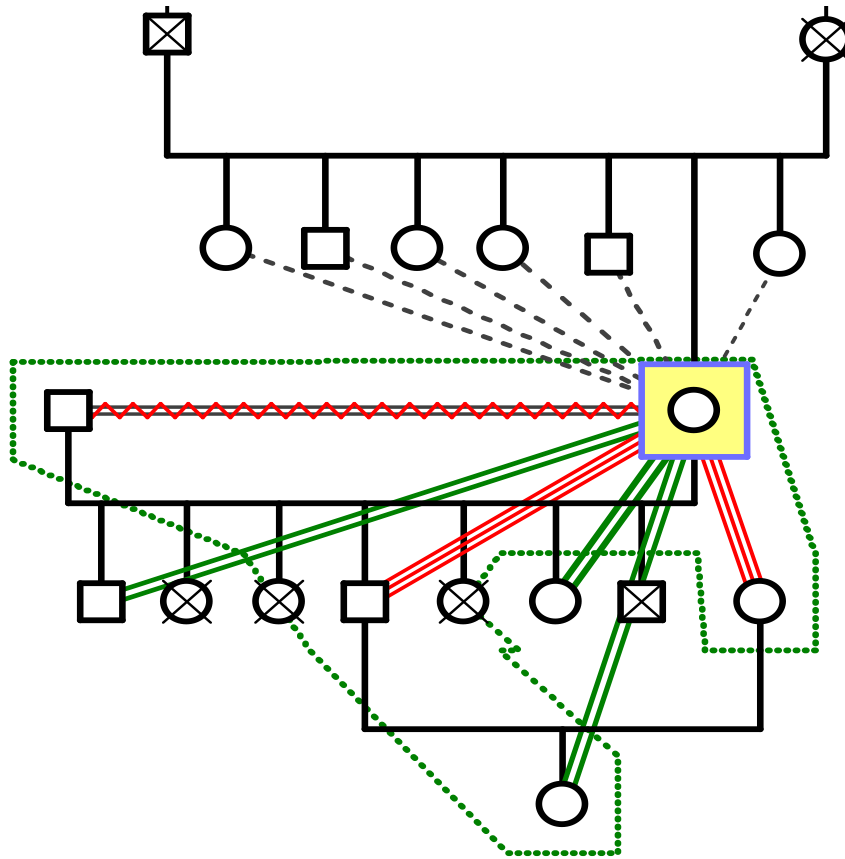


Tiene 68 años, estudió hasta sexto año de primaria, se desempeñó como empleado federal, sin embargo, actualmente trabaja como albañil y reside en la delegación Iztacalco.

Entabló cuatro relaciones de pareja, procreando un total de cinco hijos con los que tiene una relación armónica, excepto con su hija mayor que siente más cercana. Con sus ex parejas no tiene contacto. Considera que tiene una relación cercana con su hermano, señalando que es con quien tiene una correspondencia en todo sentido.

Él fue diagnosticado con diabetes cuando acude al médico por problemas de la vista (cataratas) a raíz del descontrol del azúcar.

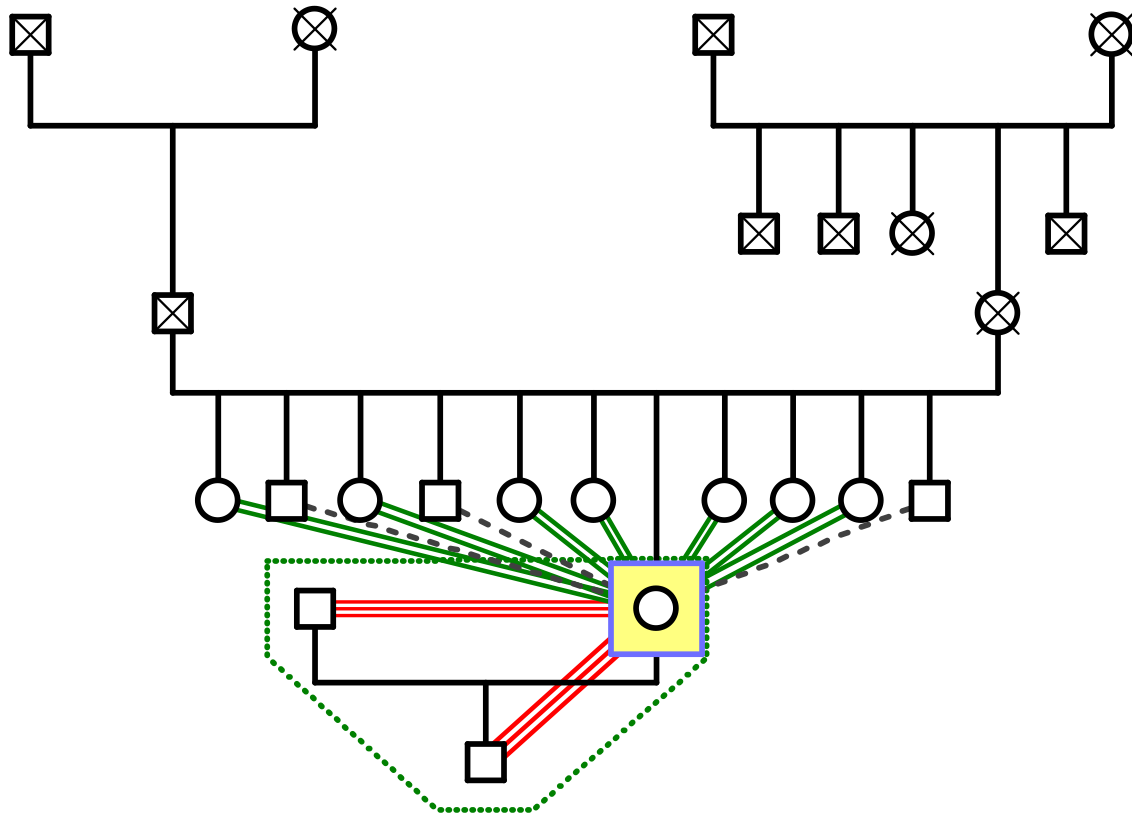
## 5. Victoria



Tiene 63 años, estudió hasta sexto año, es casada. Vive en Iztacalco con su esposo y uno de sus hijos con su respectiva familia, señala que la relación con su pareja es fusionada-hostil, ya que hay ocasiones en la que no siente que la apoye, por el contrario con su hijo y nuera, siente que es fusionada. Con los demás miembros es cercana, sin embargo, con sus hermanos es distante.

Tiene antecedentes de diabetes por parte de su padre y dos de sus hermanos también la padecen, ella tiene 15 años de vivir con la enfermedad y por sintomatología de ésta, acudió al médico donde le dan el diagnóstico.

## 6. Maribel

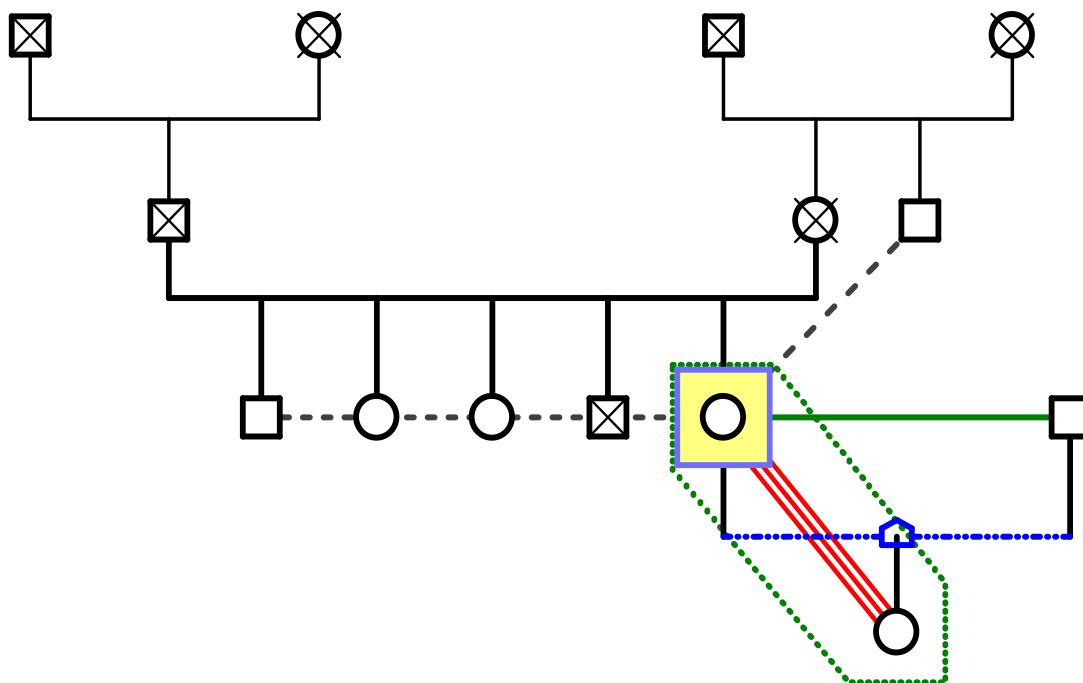


Tiene 48 años, estudió hasta tercero de secundaria, tiene un puesto de frituras. Es casada, vive con su pareja e hijo y la relación con ambos es fusionada, estrecha.

Proviene de una familia numerosa, donde no tiene relación con sus hermanos, al contrario, con sus hermanas es cercana y de amistad.

Su madre era diabética y su padre hipertenso, ella recibe el diagnóstico en 2010, cuando sus familiares le dicen que acuda a su Clínica hacerse estudios, pues la notan mal e incluso que ha bajado de peso sin explicación.

## 7. Esmeralda

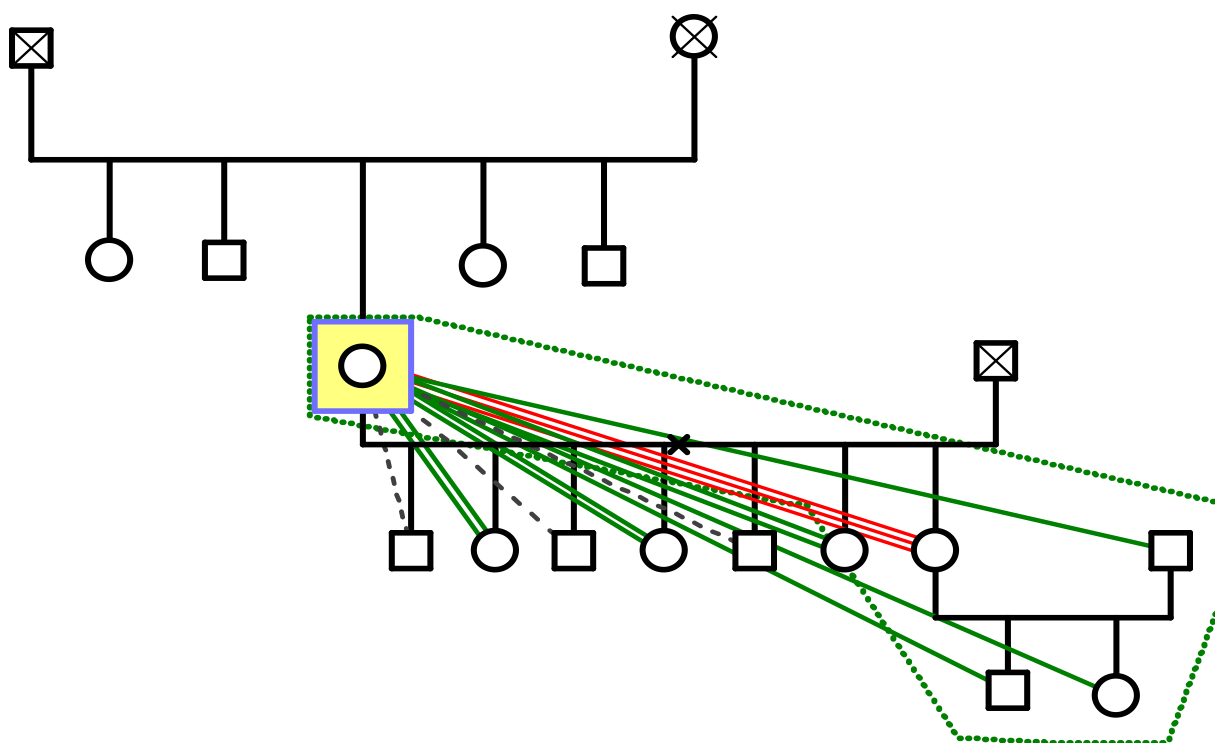


Tiene 48 años, cuenta con una licenciatura, se dedica al hogar y es madre soltera. Vive solamente con su hija con quien tiene una relación muy estrecha, con el padre señala que conviven armónicamente ocasionalmente.

Con sus hermanos se ha distanciado a partir de la muerte de su madre y por incompatibilidad de caracteres.

Su padre murió a causa de la diabetes y ella por el sobrepeso es diagnosticada en 2012, por lo cual empieza acudir al Centro de Salud para llevar un control.

## 8. Ana

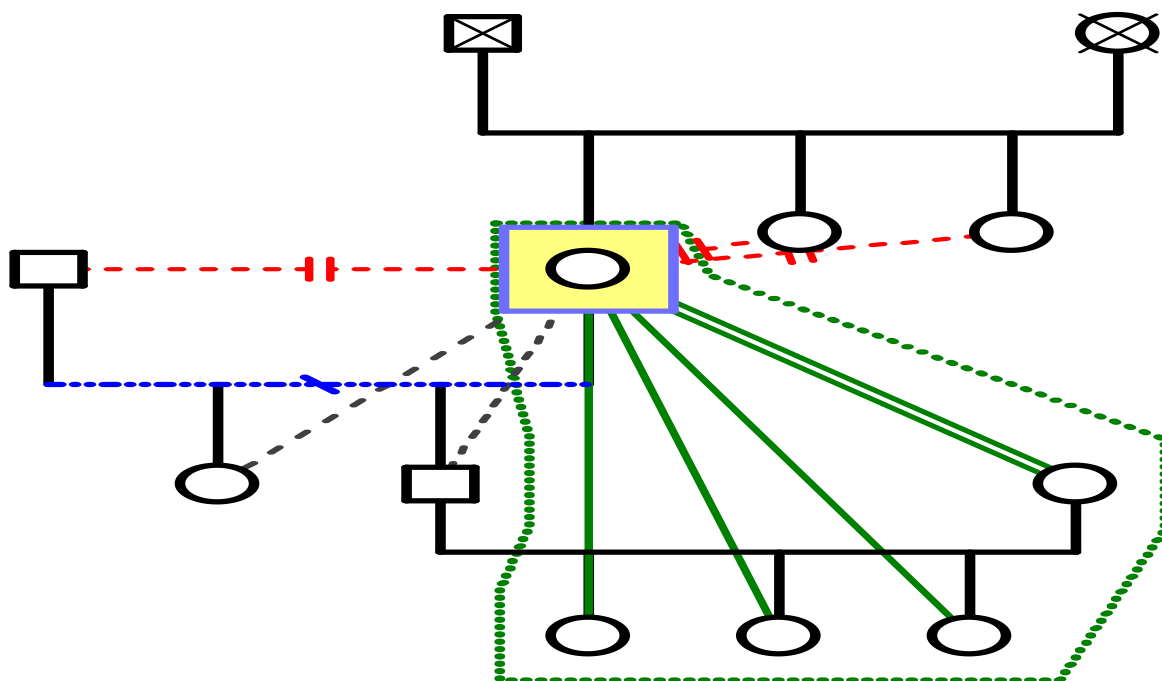


Tiene 87 años, es analfabeta funcional; se dedica al hogar y es viuda.

Vive en San Miguel, Iztacalco, con su hija la más pequeña y la familia de ésta. La relación que entabla con sus hijas es armónica y de amistad, al contrario, con sus hijos varones ha habido distanciamiento.

No cuenta con antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas y tiene 26 años viviendo con diabetes mellitus tipo 2.

## 9. Lilia



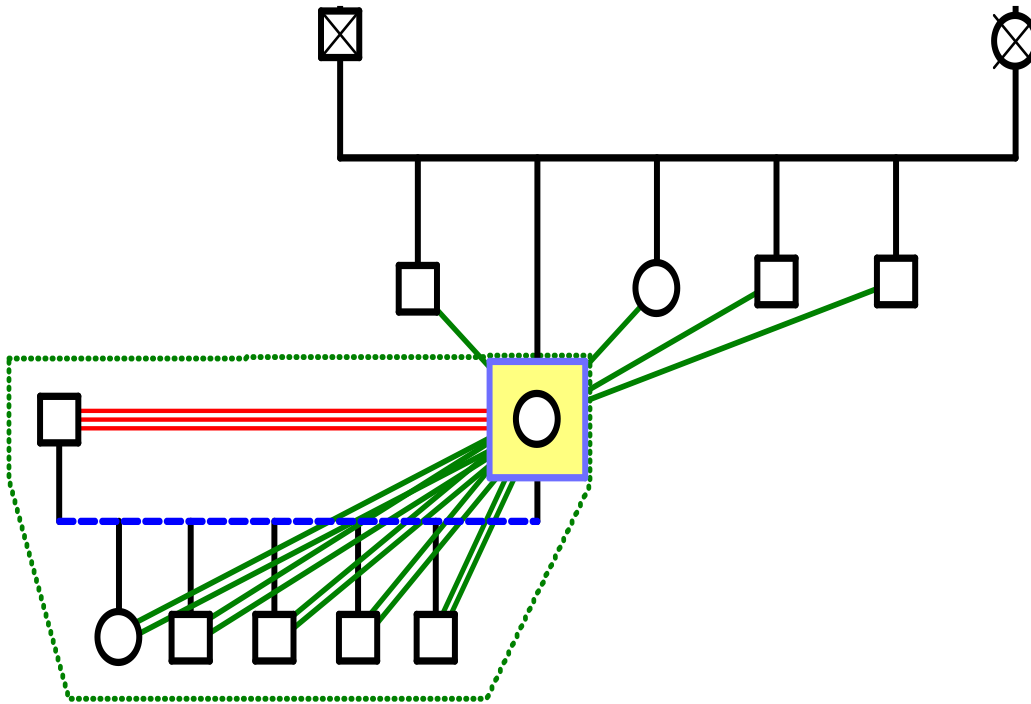
Tiene 75 años, no cuenta con estudios, pero señala que sabe escribir su nombre y es viuda.

Reside en la colonia Coyuya, con su nuera y sus nietas, ya que su hijo las abandona, entablando una relación cercana y armónica con éstas. Sus hijos están distanciados de ella. Y con sus hermanas hubo un distanciamiento.

En su familia nadie había tenido diabetes, sin embargo, sus nietas le dicen que debe realizarse estudios para descartar cualquier enfermedad y es donde le dan el diagnóstico, hace 10 años. Actualmente se controla solo con alimentación, pues el médico le retiró los medicamentos.



## 10. Berenice

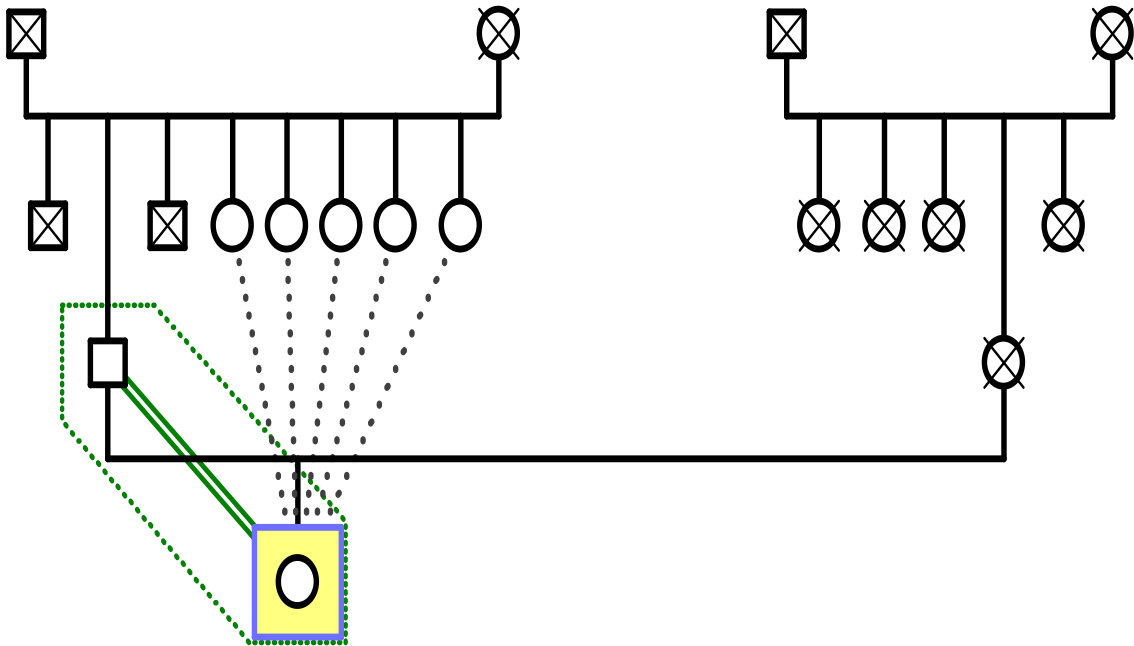


Tiene 42 años, su escolaridad es secundaria, se encuentra en unión libre y se dedica al hogar.

Habita en la colonia Santa Anita, Iztacalco, con su esposo e hijos, señala que la relación con su pareja es estrecha-fusionada y con sus hijos es cercana. Con sus hermanos es armónica, pues desde pequeños ella fungió como mamá al cuidarlos y proveerles los alimentos junto a su hermano mayor.

Por parte de la familia materna cuenta con antecedentes de diabetes y ella recibe el diagnóstico al acudir al Centro de Salud, después de haberse tomado la glucosa y presión.

## 11. Maru

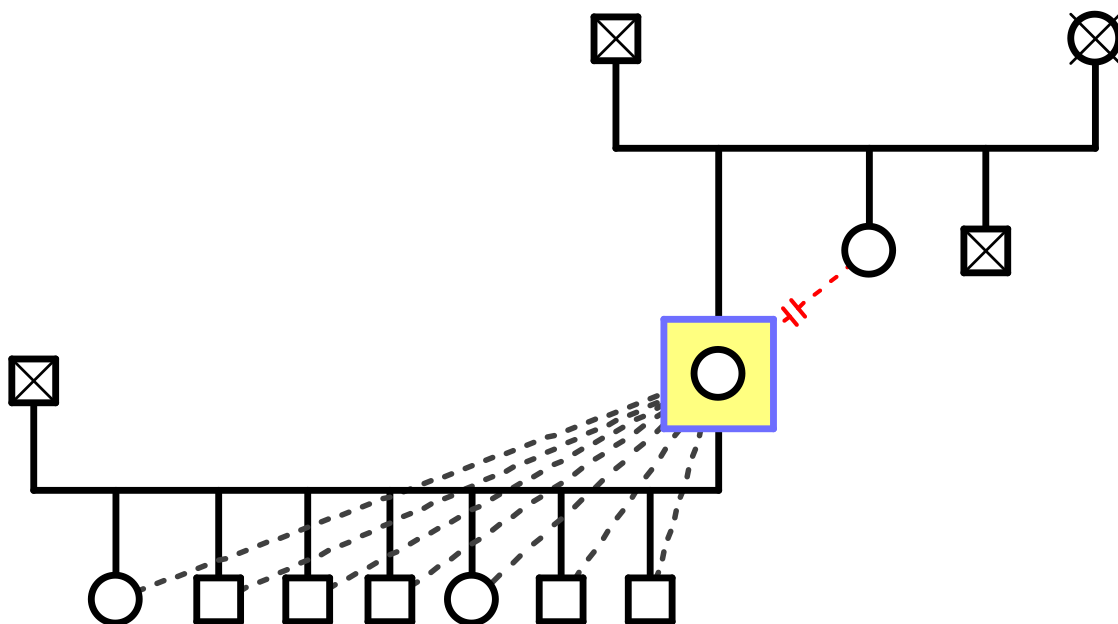


Tiene 57 años, estudió hasta la secundaria, es soltera, se dedica al hogar y al cuidado de su padre.

Vive en la colonia Gabriel Ramos Millán, Iztacalco. Con su padre lleva una relación cercana y con sus tías se ha distanciado.

Su padre tiene diabetes y ella recibe el diagnóstico cuando es llevada a la Cruz Roja porque tenía vómito y malestar en general.

## 12. Emma

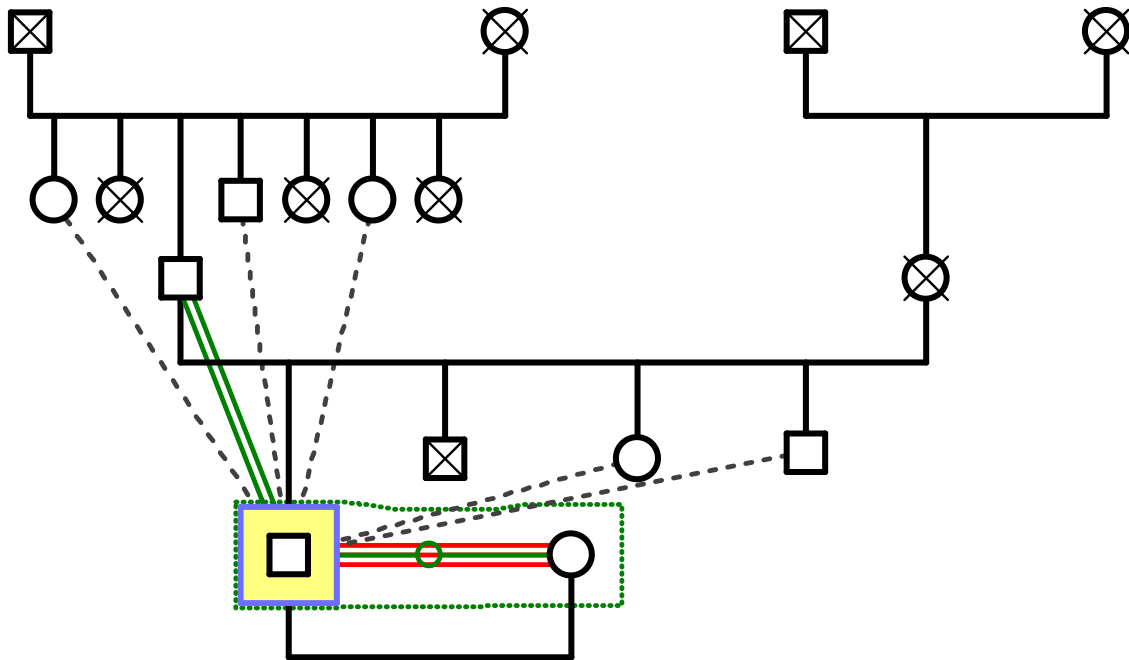


Tiene 78 años, estudio la primaria, es viuda y se dedica al hogar. Vive sola en la colonia Ramos Millán.

Señala que está sola, de otra manera no iría a sus consultas sin compañía, sus hijos se encuentran distanciados y la única hermana que le vive tiene años de no saber de ella.

Al recibir el diagnóstico de diabetes no lo cree, pues hasta la fecha no ha desarrollado alguna complicación.

### 13. José

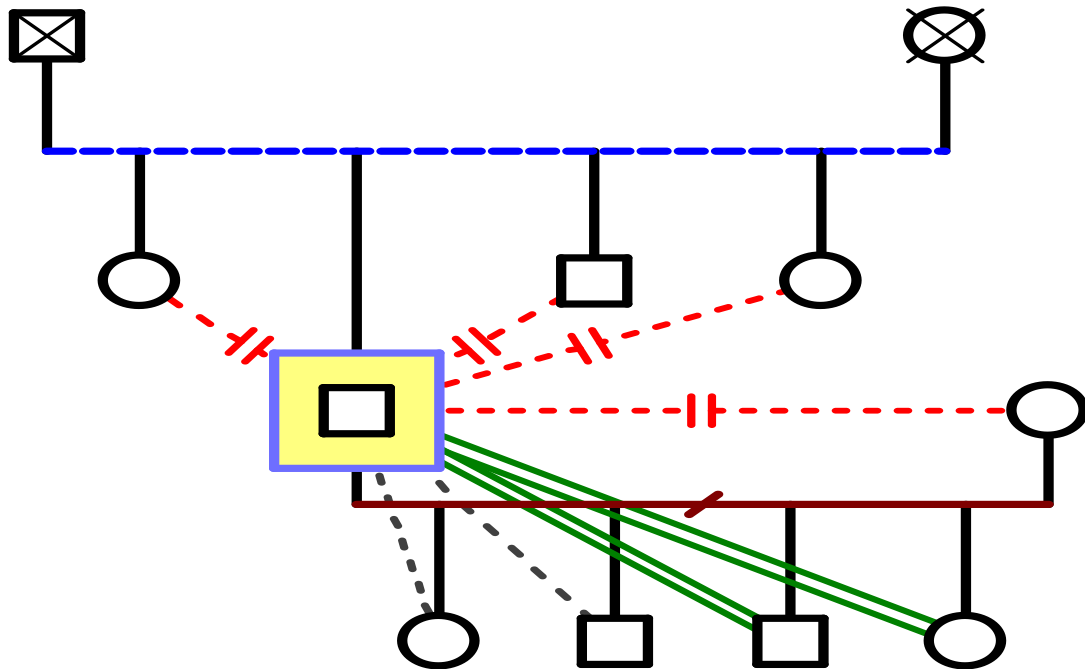


Tiene 48 años, es casado, su escolaridad es preparatoria trunca y se desempeña como diseñador gráfico.

Vive en la colonia Reforma Iztaccihuatl, Iztacalco, con su esposa tiene una relación estrecha y de amor. Con sus hermanos y tíos se ha distanciado; pero con su padre tiene un vínculo cercano.

Su madre murió a causa de diabetes y su padre actualmente la padece, José es diagnosticado después de que muere su madre y él cree que es por el estrés que le originó el deceso de su madre.

## 14. Luis

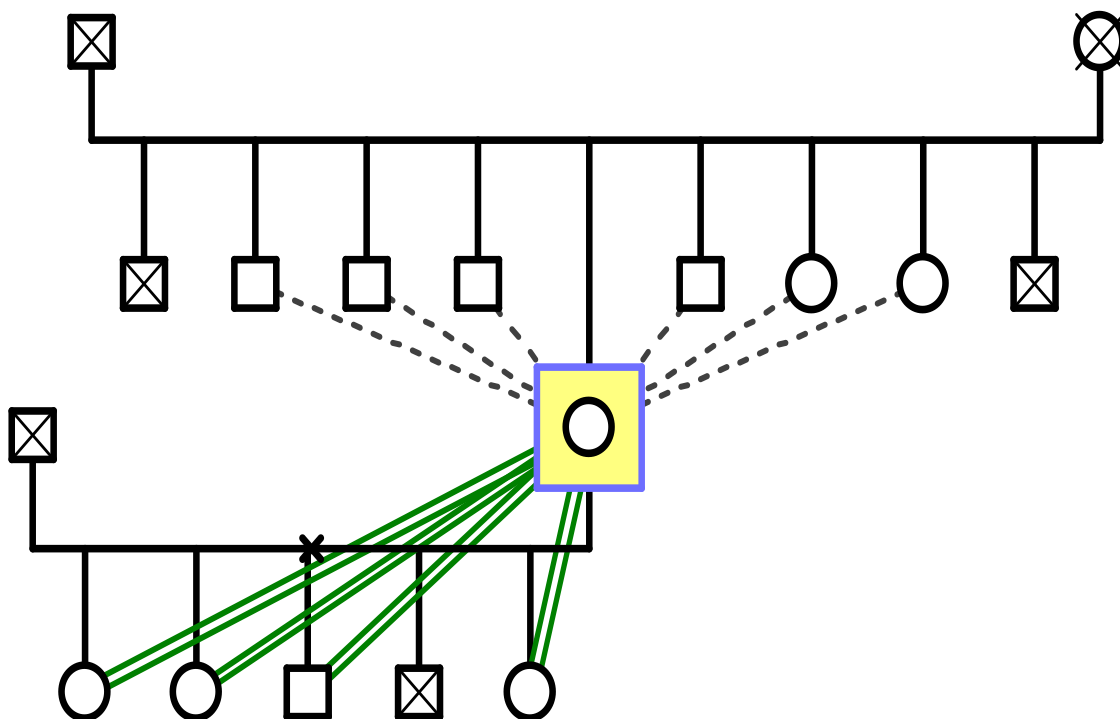


Tiene 55 años, su escolaridad es primaria, está divorciado y tiene un taller de reparación de calentadores.

Vive solo en Iztacalco, la relación con sus hermanos es nula, al igual que con su ex pareja. Con sus hijos mayores hubo un distanciamiento a causa de que viven en provincia y con los pequeños tiene un vínculo cercano, de amistad.

Su padre era diabético y él tiene 11 años con el diagnóstico, señala que no creyó tener la enfermedad hasta que se le practicaron estudios y observó los niveles de glucosa que manejaba.

## 15. Patricia

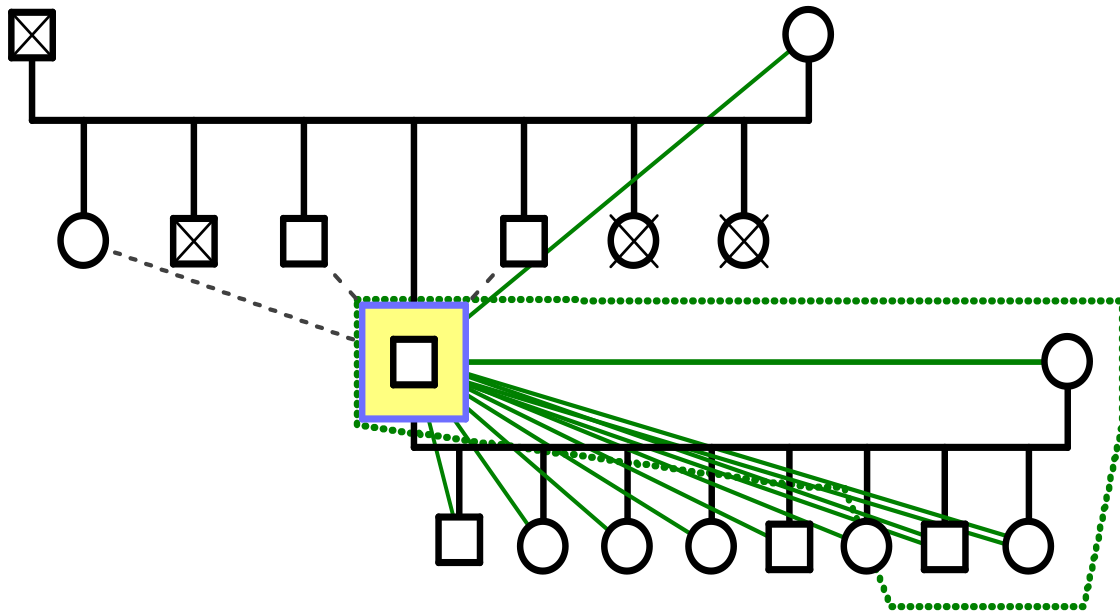


Su edad es de 69 años, no concluyó la primaria, es viuda y se dedica hacer manualidades.

Vive sola en Iztacalco, señala que no tiene una relación cercana con sus hermanos que aún viven, por el contrario, con sus hijos tiene un vínculo cercano.

Patricia recibe en un primer momento el diagnóstico de prediabetes, pero tiempo después acude al Seguro por sentirse mal y la declaran diabética.

## 16. Jesús

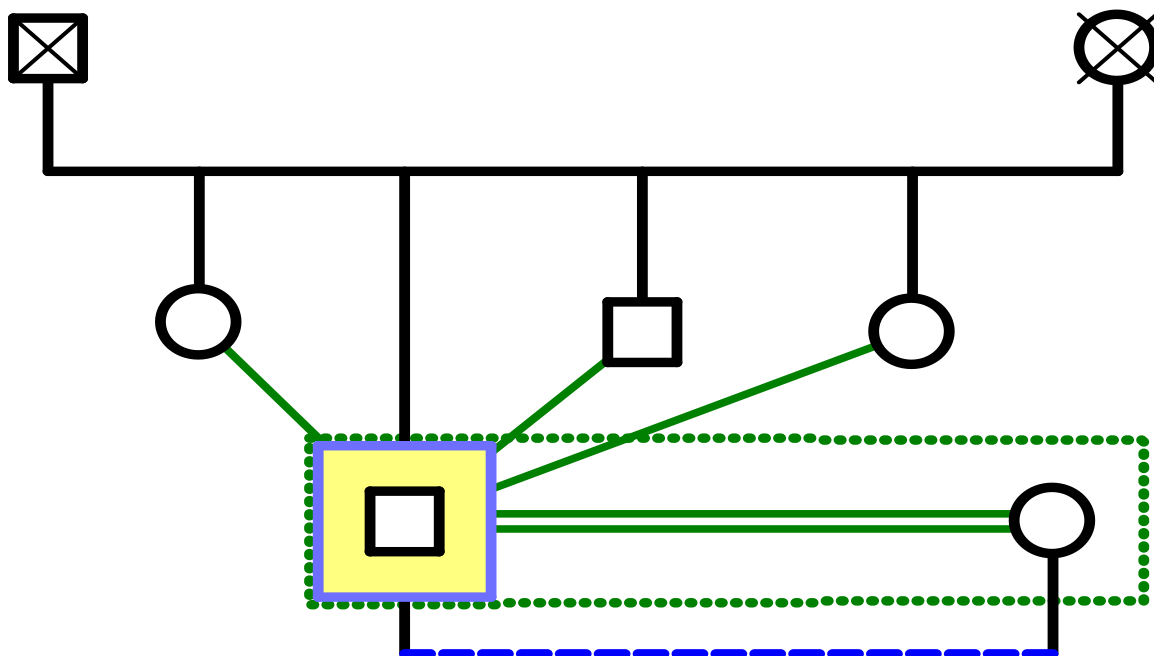


Tiene 71 años, estudió hasta cuarto año de primaria, se dedica a pulir pisos y se encuentra casado.

Vive en la colonia Santa Anita, Iztacalco, con su esposa y sus dos hijos menores. La relación con su esposa es armónica, al igual que con sus seis hijos, porque con los dos últimos es muy cercana, incluso señala que son sus consentidos.

Jesús es referido al consultorio 10 donde atienden a los pacientes con diabetes en el Centro de Salud "Dr. José Zozaya", donde le dan seguimiento para el control de la enfermedad.

## 17. Sergio



Tiene 54 años, su escolaridad es primaria, se encuentra en unión libre y es chofer. Vive en la colonia Santa Anita, Iztacalco con su esposa.

Sergio describe que las relaciones con sus hermanos son armónicas y con su esposa es cercana.

Su padre muere a consecuencia de la diabetes. Él es referido a laboratorio para practicarle análisis, donde los resultados confirman su condición. Su esposa también es diabética.



## 4.2 Características sociodemográficas

Características sociodemográficas							
Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	Años de vivir con diabetes	Hogar familiar	Redes de apoyo social
<b>Germán</b>	50 años	Secundaria completa	Empleado	San Pedro Iztacalco	15 años	Ampliado	Ninguno
<b>Luisa</b>	60 años	Primaria incompleta	Empleada doméstica	Iztacalco	30 años	Unipersonal	Ninguno
<b>Abril</b>	68 años	Analfabeta funcional	Ama de casa	Ramos Millán, Iztacalco	20 años	Ampliado	Ninguno
<b>Damián</b>	68 años	Primaria completa	Albañil	Iztacalco	6 años	Unipersonal	Alcohólicos Anónimos, Iglesia
<b>Victoria</b>	63 años	Primaria completa	Ama de casa	Iztacalco	15 años	Ampliado	Ninguno
<b>Maribel</b>	48 años	Secundaria incompleta	Vendedora	Iztacalco	6 años	Nuclear	Ninguno
<b>Esmeralda</b>	48 años	Licenciatura	Ama de casa	Santa Anita, Iztacalco	6 años	Nuclear	Grupo de Ayuda Mutua, Iglesia
<b>Ana</b>	87 años	Analfabeta funcional	Ama de casa	San Miguel, Iztacalco	26 años	Ampliado	Ninguno
<b>Lilia</b>	75 años	Analfabeta funcional	Ama de casa	Coyuya, Iztacalco	10 años	Ampliado	Iglesia, Grupo de Ayuda Mutua
<b>Berenice</b>	42 años	Secundaria completa	Ama de casa	Santa Anita, Iztacalco	5 años	Nuclear	Grupo de Ayuda Mutua, Iglesia, Escuela
<b>Maru</b>	57 años	Secundaria completa	Ama de casa	Ramos Millán, Iztacalco	5 años	Nuclear	Ninguno

<b>Emma</b>	78 años	Primaria completa	Ama de casa	Ramos Millán, Iztacalco	10 años	Unipersonal	Ninguno
<b>José</b>	48 años	Preparatoria incompleta	Diseñador	Reforma Iztaccihuatl, Iztacalco	5 años	Nuclear	Ninguno
<b>Luis</b>	55 años	Primaria completa	Reparador de calentadores	Iztacalco	11 años	Unipersonal	Ninguno
<b>Patricia</b>	69 años	Primaria incompleta	Ama de casa	Iztacalco	15 años	Unipersonal	Ninguno
<b>Jesús</b>	71 años	Primaria incompleta	Pulidor	Santa Anita, Iztacalco	6 años	Nuclear	Ninguno
<b>Sergio</b>	54 años	Primaria concluida	Chofer	Santa Anita, Iztacalco	5 años	Nuclear	Ninguno

Elaboración propia. Los términos que se utilizaron están retomados de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI

Notas:

Analfabeta funcional. Para esta investigación es la persona que no cuenta con escolaridad, sin embargo, sabe leer y escribir.

Hogar familiar: Es aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar. A su vez se divide en hogar: nuclear, ampliado y compuesto.

Nucleares. Formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos.

Ampliados. Están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera).

Compuesto. Constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar.

Hogar no familiar:

Unipersonales. Integrados por una sola persona.

Corresidente. Formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los entrevistados comparten características sociodemográficas, que nos habla de un tipo de población en específico, como la edad, donde encontramos personas en su mayoría adultos mayores, que fueron testigos de los cambios estructurales del espacio, es decir, de la transformación que tuvo la demarcación Iztacalco; pues en los relatos señalaban que desde pequeños vivieron en el lugar, o por el contrario, sus padres se trasladaron de sus lugares de origen cuando ellos eran niños, y como se describió en el capítulo dos, la delegación pasó de ser una de las zonas rurales donde sus tierras eran productoras de una variedad de alimentos; a urbanizarse rápidamente por la migración de los diferentes estados de la república, trayendo consigo cambios en sus estilos de vida.

Los más jóvenes, también se han visto afectados por la urbanización de los espacios, de manera más rápida, incluso los cambios que se dieron respecto a la alimentación, por la apertura de los mercados transnacionales, ha impactado de un modo acelerado el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, que antes por el ritmo de vida se presentaban en edades más avanzadas.

Sin embargo, el debut de la diabetes es importante señalarlo que en los entrevistados se presentó alrededor de la tercera o cuarta década de vida, lo que puede obedecer a las condiciones estructurales del *campo* "Iztacalco", que se ha caracterizado por ser uno de los espacios con mayor infraestructura y servicios, pero que tiene un ritmo de vida acelerado, característico de la ciudad, dejando poco tiempo para realizar una alimentación adecuada, aunado a la gran oferta de espacios de comida rápida; otro elemento que contribuye son los altos índices de inseguridad que orillan a las personas a estar en sus hogares y no participar en actividades que se llevan a cabo en los espacios abiertos; es decir, la cotidianidad que se vive en el espacio influye en la vida de las personas.

## CAPÍTULO V

### HABITUS, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CAPITAL SOCIAL DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

#### 5. El habitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2

La categoría de *habitus* de Pierre Bourdieu; se retomó, porque es la herramienta de análisis que permite dar cuenta de las prácticas en términos de estrategias, da razones de ellas, sin hablar propiamente de prácticas racionales. Dentro de este contexto, los agentes sociales son razonables, sus estrategias obedecen a regularidades, forman configuraciones coherentes y socialmente inteligibles, es decir, socialmente explicables, por la posición que ocupan y por los *habitus* incorporados.

Cabe señalar que el *habitus* es lo social, incorporado, sin embargo, para fines de la presente investigación solo se retomaron las subcategorías de alimentación, actividad física y autocuidado, que son indicadores detonantes para desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Esta enfermedad tiene un componente genético, sin duda, pero se ha particularizado que el estilo de vida de la persona juega un papel determinante para desarrollarla.

Las personas que participaron en la investigación evidenciaron que sus prácticas cotidianas referentes a la *alimentación, actividad física y autocuidado*, son particulares pues dependen del ciclo de vida por el que han transitado. Éstas han sido adquiridas por un sistema de disposiciones al que accedieron en sus procesos de socialización, particularmente en la familia de origen, que posibilitó interiorizar la exterioridad que precedía a su existencia.

A continuación se presentan los resultados referentes a *alimentación, actividad física y autocuidado*, en tres grandes etapas: a) niñez, b) adolescencia/juventud y

c) edad adulta; debido a que cambios en éstas, señalan los estilos de vida que han forjado cada uno de los integrantes en la sociedad.

### **5.1 Alimentación**

La importancia de la dieta en el tratamiento de la diabetes ha sido reconocida durante siglos por distintas culturas. Ya en el papiro de Ebers (1550 AC) se recomiendan intervenciones nutricionales específicas para tratarla (Lashen y Reyes, 2009. p. 589). Además de que no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación.

La prevención diabética se ha centrado en las intervenciones sobre el estilo de vida para modificar el comportamiento de los adultos, en especial la obesidad relacionada con una alimentación insana y la falta de actividad física. Pero, hoy día, un conjunto de pruebas indica que muchos de los riesgos que llevan a la diabetes tipo 2 se originan en las primeras etapas de la vida (FID, 2012).

De ahí, que al entrevistar a los participantes se les preguntó acerca de la alimentación que han llevado a lo largo de su vida, para conocer sus patrones alimentarios, las semejanzas y diferencias, cómo se han modificado y sí el padecer diabetes mellitus tipo 2 ha hecho que cambien.

Las edades que tienen los participantes, como ya se observó oscilan entre los 42 a los 87 años, lo que nos habla de distintos contextos sociohistóricos que influyen en sus patrones alimenticios.

Los más longevos, nacidos entre los años 1930 y 1950, cuando la alimentación de los mexicanos consistía en *desayunar* tortillas, frijoles, chile, pan de trigo, atole de maíz, café o infusiones herbales; además el contexto (urbano-rural) determinaba el tipo de alimentos que se consumían (Aguilar, 2009), ya que al cuestionarles ¿cómo fue la alimentación en su niñez?, respondieron:

**Ana** (87 años): ... vivíamos en el rancho cuando era jovencita, niña... Mi mamá nos daba de almorzar, nos decía: ¡vénganse almorzar! Y nos hacía una ollada de atole, casi diario atoles, porque café casi no, ni té, puro atole y un molcajete de salsa; y comíamos huevos porque mi mamá criaba las gallinas, pero, carne no.

**Luisa** (60 años): En el pueblo comíamos pura tortilla nada más, frijol y quelite, dependía de la temporada y de lo que se da frutas y ya. Porque lo que es leche o lo que comen los niños ahora, cuando yo crecí eso no existía.

La alimentación de los entrevistados en su infancia se caracterizó por ser la “dieta indígena”; porque al preguntarles ¿Cómo fue la alimentación en su familia?, señalaron que se centraba en el consumo de maíz, frijol, chile y algunas verduras (nopales y quelites) además del azúcar, café y pequeñas cantidades de carne y huevo.

**Damián** (68 años): Cuando éramos chicos, era sopa, frijoles, arroz, comer quelites, lechuga, no había carne, éramos de escasos recursos; era un lujo comer carne. El domingo que era el día en que le pagaban a mi papá era cuando nos dábamos el lujo de comer carne, como longaniza, de res, un caldo de olla, muchas tortillas, pues para todos mis hermanos eran kilos, a veces mi mamá nos hacía ir por masa y hacer nuestras tortillas a mano.

**Emma** (78 años): Pues que yo me acuerde, siempre he tomado mi leche, siempre he comido huevo, un pedazo de carne, o sea una comida como las hacemos aquí, nopales, quelites, verdura.

Los entrevistados nacidos entre las década de los sesenta y setentas tuvieron una alimentación basada en la “dieta mestiza” caracterizada por un incremento en el consumo de frijol, verduras, leche, carne, huevos y algunos alimentos industrializados como pasta para sopa, harina de trigo y refresco.

**José** (48 años): Bueno... en ese entonces no era sana, porque éramos muchos, estaban también mis abuelos y se tenían que hacer esfuerzos para que todos comiéramos, entonces se hacían comidas más llenadoras que sanas, se hacían por ejemplo: arroz con espinazo, sopas de pasta, se comía mucho huevo, mucho pan, eso sí paneros a morir, verduras casi no, frutas tampoco.

**Esmeralda** (48 años): *Recuerdo que consumía mucha carne de puerco, más que de res o de pollo, estaba entre el puerco y el pollo, no había de pescado, porque no nos hacían, era el sabor que nos gustaba del puerco y eran guisados que se acostumbraban en el pueblo de Iztacalco, así con mucho sazón, con el jitomate, especias, mole, eso fue en lo que fue mi niñez.*

En los testimonios podemos notar como se presentaron cambios en la alimentación de generaciones pasadas, donde predominaba el consumo de verduras, legumbres, granos y algunas carnes, que en algunos casos eran productos de autoconsumo, a productos procesados como las harinas refinadas y el refresco, que con el paso de los años se han ido estableciendo como productos de primer consumo. Además en los años 40, 50 y 60's, cuando algunos de los entrevistados vivieron sus infancias se encontraban en espacios rurales fuera o dentro de la demarcación de Iztacalco, ya que en esa época es cuando comienza el proceso de urbanización en la Ciudad de México. En la delegación comienzan a establecerse asentamientos irregulares como viviendas donde antes eran chinampas, se empiezan a secar o entubar los canales.

Otro elemento fue la preparación de los alimentos, observándose que esta actividad estaba a cargo de la mujer, es decir, de las madres de los entrevistados, quienes eran las responsables de decidir qué era lo que se iba a comer y las cantidades:

**Germán** (50 años): *Pues es que de repente mi mamá me hacía guisados diferentes... había veces que decía vamos a comer esto y ya me lo comía, que sí vas a comer migas, o vas a comer chicharrón, que vas a comer albóndigas o vas a comer pollo algo así.*

**Maribel** (48 años): *Mi mamá nos hacía atoles, diario, diario eran mis atoles, ella nos compraba leche de vaca, porque antes era la leche de vaca... y nos hacía diario atoles, era diario sopa ya sea de verdura o caldos, todo eso nos hacía mamá, pollo, de todo, nos daba verdura, de todo.*

En la cantidad de comidas que realizaban en este período, hubo diferencias, que dependía de los recursos económicos, sin duda, el coste de los alimentos era uno

de los principales factores que determina su elección. Casi la totalidad de los entrevistados manifestaron que ser de escasos recursos, no les permitió tener una alimentación sana, variable y suficiente:

**Berenice** (42 años): *Pues antes era escasa, porque siempre mi papá tomo mucho y la que trabajaba era mi mamá, entonces hasta que ella llegará, pues llevaba de comer. Yo y mi hermano el mayor nos salíamos a Jamaica a pedir fruta, o así a los vecinos comida, para que los más chicos comieran, en lo que llegaba mi mamá, porque mi papá siempre se la pasó en la calle tomando y pues mi mamá trabajando.*

**Ana** (87 años): *La carne de vez en cuando, vivíamos en el rancho, había poquitas cosas y pues éramos muy pobres, mi papá ya era grande de edad y mi mamá era joven, pero vivíamos en el rancho, no comíamos carne, comíamos pollo de vez en cuando, tres o cuatro veces al año, porque mi mamá criaba a las gallinas.*

En los dos testimonios se evidencia que las características del lugar de residencia marcan el acceso a los alimentos, pues Berenice al vivir en la ciudad donde ya no se contaba con recursos para producir alimentos para autoconsumo, tenía que recurrir con vecinos, incluso manifestó que llegó a pepenar en el mercado para poder tener que comer ella y sus hermanos menores. Por el contrario, Ana al vivir en un rancho y contar con ambos padres podían acceder a los alimentos por medio de la producción de autoconsumo o criadero de animales.

Al narrar una comida familiar en su niñez, hubo quien señalaba que consistían en un guisado, o sí se trataba de alguna celebración era como se comía carne de res, pollo o puerco.

**Patricia** (69 años): *Una comida familiar, era sopa, guisado, frijoles y fruta. En eso consistía la comida que nos daban diario.*

**Luisa** (60 años): *Pues cuando había fiesta hacían pozole, carnitas.*

**José** (48 años): *Una típica... pues por lo regular éramos mis hermanos, mi papá, mis abuelos por lo regular siempre una tía que*



*llegaba, éramos alrededor de 6 o 7, entonces siempre era sopa de pasta, tortillas, este frijol y un guisado.*

En la adolescencia/juventud, la alimentación se caracterizó, por sufrir cambios, debido a que los entrevistados relatan que comenzaron a trabajar, lo que originó que incluyeran otro tipo de alimentos, los horarios variaban de acuerdo a sus actividades cotidianas, así como el poder adquisitivo y la preparación de éstos.

Al preguntarles ¿Dónde comían o con quién compartían las comidas en este periodo?, respondieron:

**Luisa** (60 años): *Con mis papás pero no teníamos horario de comida cada quién comía a la hora que podía porque tenía cosas que hacer, mi papá andaba en el campo se llevaba su taco y mi mamá no estaba en la casa o también trabajando en el campo. Entonces comía a la hora que tenía hambre.*

**Abril** (68 años): *Un tiempo estuvimos comiendo en casa pues trabajamos ahí en la casa, después cuando me salí a la calle pues sí tenía que comer a la calle.*

En la mayoría de los entornos de trabajo y escolares, el acceso a alimentos saludables es escaso; afectando especialmente a quienes tienen horarios de trabajo (y por ende, de alimentación) irregulares (Faugier et al. 2001). Por lo que al preguntarles ¿cómo cambió su alimentación en esta etapa de su vida?, señalaron que efectivamente se presentaron cambios, por situaciones como empezar a trabajar, o que ambos padres trabajaran, pues ya tomaban la decisión de qué comer.

**Luis** (55 años): *En la mañana llegaba y me compraba un tamal, un atole o una quesadilla o unos tacos, ya al medio día era lo mismo, lo que hubiera en la calle, ya en la noche era un litro de leche o un pan de los que vendían en las panaderías o tiendas y ya, era todo lo que llevábamos a la boca.*

**Ana** (87 años): *... ya cambió porque cuando yo tenía 14 o 15 años empecé a trabajar y en la casa de mis patronas, comía lo que había y no eran miserables, me decían: ¡coman todo de lo que hay, abran el refrigerador y ahí hay refresco y todo lo que ustedes quieran!, desde carne hasta verduras, comía bien.*

**José** (48 años): *Sí bastante, porque por lo regular estando uno solo se preparaba ¿cómo le digo? Era nada más comer puras fritangas, puro frito, lo rápido.*

En la edad adulta, ya se ve reflejado lo que a lo largo de su niñez, adolescencia/juventud se fue forjando en torno a la alimentación, aquí se contempló que en algunos casos, los cambios en la alimentación no son drásticos a periodos anteriores, pero sí se presentan cambios en horarios, lugares donde comer y quien prepara los alimentos:

**José** (48 años): *Pues se modifica en el hecho de dos cosas, cuando hay dinero y cuando hay tiempo de cocinar, bueno porque realmente a mi esposa sí le gusta mucho tratar de cocinar bien, sin mucha sal, no consumir sal, no consumir azúcar, no comer muchas harinas y grasas; y a veces no hay mucho de donde hacer. Pues tuvimos que llegar a un consenso, porque antes a mí me gustaba, yo me acostumbre a cocinar este rápido, frito y hasta salado, no le sabía calcular a la sal, pero así me lo comía, entonces nos empezamos acoplar el uno con el otro. Ella se hizo parte de mí y yo me hice parte de ella.*

**Victoria** (63 años): *Pues es que fue un cambio definitivamente, pues yo acá en mi casa acostumbrada a comer carne, frijoles, sopa y todo eso, pero acá en la casa de mi suegra hacían cosas que yo no hacía, bueno mi mamá no nos hacía, por ejemplo los nopales, este que otra cosa le podría yo decir, carne como las albóndigas, eso casi no los comíamos en la casa.*

A las mujeres se les cuestionó si tuvieron cambios en su alimentación en los periodos pre-post del embarazo, indicando las mujeres más longevas que antes no se iba al médico a tener un control prenatal:

**Ana** (87 años): *Los primeros tres meses pues no quería comer porque me daba náusea y ya después era bien tragona, hacía unas panzas así y pues gracias a Dios no me pasó nada, en todos mis partos.*

Sin embargo, también se presentó un caso donde a raíz del embarazo se comienza a cuidar la alimentación y actividad física, porque este período representa una

posibilidad más de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, es decir, la diabetes gestacional que en algunos casos puede o no desaparecer después del parto.

**Esmeralda** (48 años): *Lo más sana, o sea, una dieta que me pusieron en Perinatología, que sí me mandaban 11 uvas, 11 uvas; que sí mi ración era de fresas, pues fresas, fue una alimentación balanceada.*

Al cuestionarles acerca de su alimentación actual, al tener ya el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se ve reflejado el estilo de vida que se ha ido conformado a lo largo de su vida, pues señalan que hay alimentos que no pueden dejar de consumir pese a que saben que son malos para su control de la enfermedad:

**Damián** (68 años): *Pues ahorita como verdura, mi verdura, mi pollito, mi pescadito, nada de... ¿cómo dicen?, de carnitas, nada de barbacoa por lo mismo del colesterol, trato de comerlo de antojo un taquito o dos tacos al mes, cada veinte días, los embutidos ya no.*

**Victoria** (63 años): *Lo que pasa es que ahorita sigo comiendo pan y el doctor ya me lo prohibió que lo comiera, entonces tomo un vaso de leche, café o té lo que sea con casi nada de azúcar y ya sea un pedazo de pan.*

**Maribel** (48 años): *Todavía como de todo.*

**Ana** (87 años): *... sí como tortillas de vez en cuando como un pan y dicen que no debo tomar pan y tortillas pero yo si me como tres tortillas al día.*

La alimentación es pilar en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo, es uno de los factores que más resistencia al cambio tiene, ya que resulta un problema el modificar costumbres alimenticias que son propios de la cultura, aunado a factores sociales, políticos y por supuesto económicos.

Sin embargo, hay quienes han logrado modificar su alimentación:

**Luis** (55 años): *En la mañana como lo que encuentre, al medio día me como unas colaciones ya sea un pedazo de fruta o lo que tenga. Cuando llega la hora de la comida fuerte, intento disminuir un poco de alimento, es lo que me ha ido ayudando a reducir de peso.*

**Abril** (68 años): *Tengo que comer verduras, tomar agua, no comer grasas y no comer pan y no comer tortilla, todo eso. En la mañana me tomo una taza de té, me como mis verduras, un cacho de pollo; al mediodía como otra vez verdura, una fruta, me tomo mi agua, me aso un cacho de bistec y así ya en la noche lo mismo.*

**Maru** (57 años): *Me como mis nopales con un cacho de queso y dos tortillas, una taza de té, y verdura, lo que pueda verde, que lo muele como jugo. A media mañana ya me tomo un yogurt con tantita papaya o fruta. Luego a la hora de mi comida, sopa de verdura con pollo, y lo más que se pueda de verdura y un plato de frijoles a veces, después pepino, jícama, o lo que tenga y a la hora de la cena, otra vez taza de té y dos quesadillas o un sándwich de queso o lo que tenga pollo y nada más.*

Las personas que han logrado modificar su alimentación, son quienes viven solos, son responsables de preparar sus alimentos, además tienen antecedentes de la enfermedad, manifestando que no quieren ser una carga o terminar como ellos, con alguna complicación de la enfermedad.

Los patrones alimentarios de los entrevistados presentan rasgos básicos, entre ellos; los tipos de alimentos que consumían en las diferentes etapas de la vida, el número de comidas al día, la preparación de los alimentos, factores que influyeron en su alimentación como: el trabajo, la desigualdad en la distribución del ingreso, originando que haya un estado de transición que se enfrenta a cambios referentes a la dinámica de la industria alimentaria y la globalización de los mercados que se ha venido gestando a lo largo de las últimas décadas del siglo XX y hasta nuestros días.

### 5.1.1 Actividad física

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

Es evidente que sí desde niños se inculca a los individuos el hábito de realizar ejercicio y de las implicaciones positivas que puede tener en su salud, posiblemente el número de personas físicamente activas aumentaría.

Al cuestionar a los participantes respecto a este rubro, señalan que en su niñez, por no asistir a la escuela no tuvieron actividad física o no tenían la clase de “educación física”:

**Luisa** (60 años): *Porque antes no había eso, solo había un maestro en la escuela, entonces no. No como ahora que para todo hay un maestro.*

**Ana** (87 años): *No, ni siquiera lo conocíamos.*

Al conocer esta situación, se le planteaba que relataran a ¿qué jugaban y con quiénes?, con la finalidad de saber sí desde pequeños fueron sedentarios, ya que este es un factor determinante para desarrollar diabetes:

**Luisa** (60 años): *No, yo corría por mi cuenta, como cuando vas al campo y se tira uno al campo pero en la escuela no.*

**Maribel** (48 años): *Sí, íbamos a correr a Chapultepec y nos sacaban, nos llevaban a pasear, pues allá corríamos. Sí, jugábamos a las escondidillas, a la que decíamos a la víbora de la mar, al voleibol, a todos esos juegos, al cinturón escondido.*

En su adolescencia/juventud, algunos señalaron que por iniciativa propia practicaban algún tipo de actividad física, resaltando en este rubro a los hombres, pues a las mujeres se les relegaba al ámbito privado:

**Germán** (50 años): *En la cuadra un tío tenía un club de futbol, entonces jugaba futbol.*

**Abril** (68 años): *A mi esposo no le gustaba que yo saliera sola, él sí salía a jugar fútbol, pero a mí no me dejaba, no le gustaba que saliera.*

**Victoria** (63 años): *Nada más el quehacer de la casa.*

Actualmente algunos de los entrevistados no practican actividad física pese a que es uno de los lineamientos que establece el médico, para el control de su diabetes:

**Germán** (50 años): *No ahorita no hago ningún tipo de ejercicio.*

**Abril** (68 años): *No. Porque me da flojera.*

**Victoria** (63 años): *El médico me manda a caminar y todo pero como me duele mi rodilla no camino, sí camino, pero no exactamente caminata, por decir, vamos a cualquier súper y todo es caminar, caminar, caminar, y estamos ahí como tres horas.*

Por el contrario, hay quienes realizan actividad física para controlar su enfermedad:

**Lilia** (75 años): *Diario me voy a caminar, una media hora camino y los lunes vengo aquí hacer una hora de ejercicio y nos dan pláticas sobre la diabetes.*

**Berenice** (42 años): *Sí, ahorita ya por la enfermedad tengo que hacer ejercicio. Diario camino de veinte a una hora, camino a paso veloz y a las tardes me voy a clase de zumba.*

Lo anterior, es consecuencia de la vivencia que se ha tenido, los que no hacen ejercicio, manifiestan que no lo han realizado a lo largo de su vida, no tienen tiempo o tienen flojera, o algún malestar ajeno a la diabetes no les permite ejecutarlo. Por el contrario, quienes sí han adquirido el hábito de practicarlo a raíz de ser diagnosticados con la enfermedad, señalan que se debe a que tienen familiares que han desarrollado complicaciones como la pérdida de la vista, un riñón y no quieren terminar igual que ellos.

El *habitus*, entendiéndolo como estas estructuras estructurantes, pueden condicionar la actuación en la práctica de la actividad física, como ya se señaló, puede incluso ser tan rígidos que es difícil cambiar. En los entrevistados, la falta de práctica se debe a que a lo largo de su ciclo de vida no se les inculcó desarrollarla, ya sea en el ámbito privado (hogar) o en el público (escuela). O bien, quienes sí practicaban algún deporte como fútbol, basquetbol, lo hacían con hermanos, vecinos o amigos en la niñez y las circunstancias de ingresar a un empleo para ayudar con la manutención del hogar, los orilló abandonar este tipo de actividades.

En la actualidad, el ritmo de vida que se lleva en la ciudad es un factor que permea el realizar actividades de esparcimiento como el deporte, a pesar de contar con infraestructura como los gimnasios al aire libre, que en algunos casos son lugares que se prestan para la delincuencia.

### **5.1.2 Autocuidado**

El papel que juega el autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar del ser humano es insoslayable. Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la existencia de las personas, son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo.

A través de la historia, la forma de cuidado de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado.

Es así, como el autocuidado como comportamiento está arraigado en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias pasadas por nuevos conocimientos, es parte de su *habitus* el cuidarse o no, es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero es en el contexto inmediato donde se instruye o se adquiere esta conducta. Por ello, se les preguntó ¿Qué era lo primero que hacían

sus padres cuando enfermaban?, para conocer qué prácticas se instauraron en ellos, caracterizándose en acudir al médico como primera opción:

**Abril** (68 años): *Me llevaba mi mamá al doctor, era lo primero que hacía. Ella me llevaba con el doctor que encontraré, con el primero ahí nos metía que nos diera el medicamento.*

**Damián** (68 años): *Mi mamá era muy apegada a llevarnos al médico, al Centro de Salud, entonces tenía que llevarnos al doctor.*

**Victoria** (63 años): *Me llevaban al doctor. Sí, era muy difícil que me enfermara, pero cuando pasaba era lo primero que hacían.*

Y por el otro, se resaltaba la utilización de remedios caseros, por falta de recursos económicos, falta de servicios de salud o bien porque era la manera de sanar en ese momento.

**Luisa** (60 años): *Me daban hierbas, cualquier bebida de hierbas. Porque no había doctor y hasta la fecha sólo hay una clínica pero no hay nada de medicamento.*

**Esmeralda** (48 años): *Mi mamá me daba remedios caseros... luego hasta la gente que se enfermaba iban a verla y les daba y se curaban.*

**Emma** (78 años): *Pues por allá no hay médicos en el pueblo, ahora sí, pero antes no; ahora sí que me daban un té de canela y con eso me componía.*

**José** (48 años): *Primero le preguntaban a la abuela que podía tener uno, porque para ir al doctor estaba en chino, no había antes médico popular, e ir con un médico particular nada más con lo de la consulta ahí se iba lo del gasto, entonces eran prácticamente puros remedios caseros.*

En la adolescencia/juventud, hubo cambios, como el que algunos de los entrevistados ya trabajaban y podían acudir a un médico particular, algunos se trasladaron de su lugar de origen a la ciudad, o ya contaban con seguridad social.

**Berenice** (42 años): *Ya trabajaba en una casa y la señora me decía que sí yo me sentía mal, ella me acompañaba al Centro de Salud,*



*para que se hiciera pasar por mi mamá, porque como mi mamá nunca anduvo con nosotros, pues yo no sabía a donde dirigirme. Entonces la señora me compraba el medicamento.*

**Ana** (87 años): *Ya trabajaba en una casa, pero si me sentía mal platicaba con mi mamá y ella iba a la farmacia o iba al doctor.*

**Maribel** (48 años): *Sí, nos llevaban al doctor porque teníamos seguro por parte de mi papá e íbamos al seguro.*

En los testimonios se observa que el tener un empleo les brindaba la posibilidad de acudir al médico, cuando tenían algún malestar, ya que en la infancia el principal motivo de tomar remedios caseros era por la falta de servicios de salud en sus lugares de origen o porque los servicios particulares representaban un gasto extraordinario que mermaba el gasto familiar.

Estas prácticas se ven reflejadas en la edad adulta, cuando algunos de ellos constituyen su propia familia, cuando deciden vivir en pareja, se está a la espera de los hijos o deben acudir a chequeos médicos de rutina o solo cuando enferman. Al preguntarles ¿quién se hace responsable de velar por la salud de su familia? Respondieron:

**Damián** (68 años): *... los dos nos hacíamos responsables de velar por la salud de la familia, nos enfocábamos a cuidar a los hijos y todo. No sé, me he hecho muy responsable de mí y de la pareja y de mis hijos.*

**Lilia** (75 años): *Pues él, porque él era el que daba el gasto, se iba a trabajar y si me sentía mal pues ya me llevaba al médico.*

**Esmeralda** (48 años): *Antes acudía solo cuando me enfermaba... pero a partir de que me dicen que soy prediabética acudo una vez al mes.*

**Maru** (57 años): *No pues... me enferme hace, van hacer dos años en agosto y por eso vine al doctor, sino, no asistía al doctor, ni para checarme, ni para nada.*

El autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2 comprende cuatro etapas: 1. Conocer la enfermedad, 2. Ajustar la alimentación, 3. Adecuar la medicación y 4. Incluir o

aumentar la actividad física (Trujillo y Nazar, 2007). De ahí que se les cuestionó ¿si creen que cuidan su diabetes? a lo que contestaron:

**Damián** (68 años): *Bueno digamos que sí en la comida, como dicen –tengo que cuidarme-, en mí está que siga adelante, si yo no me cuido, nadie va venir a cuidarme, es lo que trato. Tomo mi lechita, no como mucha grasa, no tomo, -soy un alcohólico anónimo-, no tomo, a lo mejor en mis tiempos tomé, me retiré, me metí al alcoholismo, tuve que ir a un grupo, o sea, me ha ayudado todo, muchas cosas me han ayudado, el estar en un grupo y decir no debo de tomar porque me afecta.*

**Victoria** (63 años): *Siempre me he controlado, y pues pongamos que sí se me antoja un dulcesito pues luego sí me lo como... para que digo -ay no me lo como- pero hasta ahí nada más, ya que diga yo le entro a lo dulce como quiero tampoco.*

**Ana** (87 años): *Pues no mucho, porque sí como tortillas de vez en cuando como un pan y dicen que no debo comer pan y tortillas pero yo sí me como tres tortillas al día.*

**Maru** (57 años): *Dejé de tomar refresco, casi ya no consumo mucho pan, cuando menos ya deje el refresco, ese sí ya no lo volví a tomar*

Como se puede observar el autocuidado que refieren es específicamente en cuanto a tratar de cambiar la alimentación, porque al cuestionar acerca de los conocimientos que tiene de la enfermedad señalan que no saben explicar en qué consiste, el tratamiento farmacológico es el que el médico les prescribe y la actividad física en algunos casos la llevan a cabo y en otros no.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana se debe fomentar desde los primeros años de vida, el sentido del control personal para cambiar sus condiciones personales en pro de la salud.

Los seres humanos son razonables porque ellos han interiorizado en términos de un largo y complejo proceso de acondicionamiento, las opciones objetivas que se les ofrecen y saben leer el futuro que les conviene, ya que la realidad está hecha

por ellos y ellos están hechos para ella. Es donde, el *habitus*, encarnado en un cuerpo es un factor explicativo de la lógica del funcionamiento de la sociedad.

La homogeneidad de los *habitus* en el interior de un mismo grupo está en la base de los diferentes estilos de vida, en el seno de una sociedad.

Es así, que el *habitus* es el producto de la posición social y de la trayectoria de los individuos, los cuales, a su vez, reproducen su propia posición. Conforman su cuerpo con relación a estas posiciones, trayectorias y prácticas.

Por esta razón, la *alimentación*, la actividad física y el *autocuidado* responden a prácticas que estructuran la manera de alimentarse, de hacer ejercicio y del cuidado respectivamente; es resultado de una cultura y, por lo tanto, cualquier cambio en el consumo y práctica es posible, siempre y cuando se tomen en consideración las condiciones en que se han dado y las posibilidades que pueda haber para cambiarlo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que tanto para cualquier sociedad como para cualquier individuo, el cambio significa abandono de ciertas costumbres y hábitos, muchos de ellos simbólicos y de identidad, que le dan sentido a sus vidas.

Esto se ve reflejado en las narrativas de los entrevistados, a través de los testimonios donde señalan que han modificado parcialmente su estilo de vida en cuanto la alimentación, la actividad física y el autocuidado al ser diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Por consiguiente, al tratar de modificar estos tres aspectos (alimentación, actividad física y autocuidado), en etapas de la vida adulta, resulta contradictorio o difícil, debido a que este *habitus* persiste, es una forma de vida. Y aunado al contexto en el que se ha desarrollado, particularizándolo al *campo* de la demarcación Iztacalco, donde el *habitus* es historia individual y colectiva, de acuerdo al espacio donde se desarrolla, generando así una distinción y reproducción.

De esta manera, el *habitus* y el *campo* conforman una relación de condicionamiento: la estructura de posiciones diferenciadas del campo estructura el *habitus* que es producido por la lógica de dicho campo; es al mismo tiempo, una relación de conocimiento por la cual el *habitus* contribuye a significar ese micro espacio social, donde el sujeto siente que vale la pena invertir energías. Diría Bourdieu, “la realidad social existe, por decirlo así, dos veces, en las cosas y en las mentes, en los campos y en los *habitus*, dentro y fuera de los agentes”.

En la incidencia de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 que presentaba en 2011 la delegación Iztacalco, puede deberse a las condiciones estructurales del espacio, esta es una de las demarcaciones de la Ciudad de México que presenta mayor índice de urbanización y la población se caracteriza por ser en mayor proporción adulta y adulta mayor. Efectivamente se cuentan con mercados o tianguis sobre ruedas donde se ofertan productos frescos para su consumo, sin embargo, predominan cadenas de alimentos de comida rápida, los supermercados, que ofertan e incluso absorben la demanda de la población. También se cuenta con infraestructura como los Centros Sociales y Deportivos y los gimnasios al aire libre, pero las condiciones de inseguridad que caracterizan a este espacio, influye en que las personas no salgan de sus casas y practiquen actividades físicas, por mencionar algunos elementos del entorno que impiden un cambio en el estilo de vida de las personas con padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus tipo 2.

## 5.2 Modelo psicosocial de la enfermedad

Toda enfermedad crónica como lo es la diabetes mellitus tipo 2, tiene un potencial de comprometer el control del cuerpo, aspectos de la identidad y de las relaciones interpersonales, particularmente en la persona que la padece y en la familia. La familia tiene que reorganizarse, plantearse expectativas, adecuar metas y objetivos ante la situación y tomar decisiones; es decir, vive un proceso donde puede o no surgir estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad.

El modelo psicosocial de la enfermedad crónica de Rolland (2000), es un modelo de inspiración sistémica que destaca la importancia de las expectativas, las creencias, las formas de afrontamiento, las actitudes y sentimientos en la manera como las familias abordan esta condición en alguno de sus miembros identificando pautas de organización, acción, resistencia y experimentación de ésta, según estos determinantes intergeneracionales involucrando también a los operadores de salud y sus propios sistemas de creencias y representaciones en su interacción con pacientes y familias.

### 5.2.1 Tipología psicosocial de la enfermedad.

Las enfermedades pueden clasificarse en las que tienen un *comienzo agudo* o *gradual*. En el caso de la diabetes mellitus nos enfrentamos al comienzo gradual porque hay períodos de cambio biológico que finalmente conducen al acontecimiento observable, donde el diagnóstico sirve como confirmación de algo, cuando ya había síntomas clínicos. Por lo que se les preguntó, ¿cómo se dieron cuenta de que padecían diabetes?, señalaron que:

**Victoria** (63 años): *Pues tenía mucho sueño y orinaba mucho, ese era el problema, fui al doctor y me dijo que tenía lo del azúcar.*

**Maribel** (48 años): *Pues a mí me empezó, yo no sabía, sino que mi cuñada me dice porque estas bajando de peso, le digo –no- me dice –sí- mira los hombros se te ven caídos y ahí fue donde me empezó. Desde antes sentía mucha ansia, mucha sed y luego de*

*la sed, no se muchas ganas de orinar y así empecé, bueno yo me quería acabar los garrafones de agua.*

Para la persona o la familia, una afección de comienzo gradual presenta un tipo de factor estresante diferente al que impone una crisis súbita, como un infarto. Sin embargo, el reajuste de la estructura familiar, de roles, la resolución de problemas y estrategias afectivas puede ser el mismo para ambos tipos de enfermedad, donde la toma de decisiones se da inmediatamente.

El *curso* que presenta la diabetes mellitus, en los participantes se ha caracterizado por ser *progresiva*, donde se presentan síntomas o se va agravado con el tiempo, ya que al estar entrevistando a pacientes que acuden a un Centro de Salud, donde la atención que reciben es de primer nivel, es decir, es para controlar la sintomatología, se encontró que algunos se dieron cuenta de su condición porque presentaban una complicación como cataratas, o a pesar de acudir a sus citas no se ha podido controlar los niveles de azúcar:

**Luisa** (60 años): *Pues hasta la fecha cada vez que vengo, bueno desde que ingrese aquí, este estoy alta del azúcar y no me han podido bajar, pero sigo tomando las pastillas.*

**Damián** (68 años): *Tuve que ir al médico, por las cataratas... y casualmente vine y me dijeron –tiene cataratas- ... ¿qué tengo que hacer?... me estuvieron revisando mis cataratas porque ya no veía del ojo izquierdo; me dijeron –tenemos que quitarle la catarata, para que pueda ver otra vez, pero tiene diabetes- y desde ahí pues tengo la diabetes.*

El *desenlace* representa la probabilidad de muerte o cuando menos acortamiento de la vida, por ello el impacto psicosocial es profundo en cada uno de los afectados, sin embargo, en esta investigación al estar entrevistando en el primer nivel de atención, los participantes no han presentado complicaciones propias de la enfermedad, o bien, la presencia de éstas fue lo que los llevó acudir a recibir atención, por eso este apartado y el de la *incapacidad* no se desarrollaron.

### 5.2.2 Fases temporales de la enfermedad

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados.

Resulta imprescindible para todo ser humano comprender cualquier evento que suceda en su vida. Este hecho no es diferente cuando se enfrentan enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, ante la cual emergen preguntas como: ¿por qué me sucedió a mí?, ¿qué provocó la enfermedad? Estos cuestionamientos son significativos y necesarios como parte de la estructuración de una racionalidad que permita integrar el proceso que se vive a la historia de vida del individuo, y otorgarle un sentido a la experiencia. De ahí, que se les cuestionó ¿Por qué creen que se da la diabetes? señalando que por herencia o las emociones:

**Abril** (68 años): *La verdad antes decían que por un coraje, que por un susto, que por no sé qué, pero, pero ahora dicen que es por la alimentación que lleva uno.*

**Victoria** (63 años): *Pues porque mis padres tenían y yo por eso digo que nos pegó pronto.*

Es posible encontrar un enlace causal en las historias de salud familiar, sobre todo en personas con diabetes mellitus tipo 2. Las influencias familiares fundamentales se ubican en las líneas ascendente (madre/padre, abuelos/as, tíos/as) y lateral (hermanos/as), y se estructuran como "antecesores" de la enfermedad. Ello conduce a construir el origen de la enfermedad en términos de herencia o legado, y permite estructurar una continuidad familiar en términos de salud, e integrar, con cierto nivel de coherencia, la experiencia de la enfermedad a sus propios procesos de vida. Por lo que se les preguntó si alguno de sus abuelos, padres, tíos, tuvieron o padecen diabetes:

**Luisa** (60 años): *Pues a lo mejor alguien de mi familia... Pero cómo no supe ni quién. Porque los médicos cada rato desde que me descubrieron el azúcar me preguntan –quién, quién tenía, sí mis abuelos, o mi abuela, mi papá-, no sé. Nunca supe de que se*

*enfermaron porque nunca había quién explicará, qué le dijeran - vete hacer estudios, ve a qué te chequen-, nadie ahí sí se enfermaban tomaban hierbas o cualquier cosa que no es para la enfermedad que uno tiene.*

**Berenice** (42 años): *Me comentan los doctores que a lo mejor yo la herede de mi papá, porque le vinieron varias enfermedades y una fue la diabetes, entonces por ser hija de un diabético podía ser diabética y sí cuando yo me embarace de todos mis hijos, siempre me checaron el azúcar, pero nunca hubieron cambios, o sea mis embarazos fueron normales, todo fue normal y ya ahorita de la diabetes pues fue por descendencia de mi papá, hereditario.*

La existencia de antecedentes familiares de diabetes mellitus, puede tener un efecto en la perspectiva inicial y general de la persona frente a su nueva condición de salud, en relación con la forma en que ha sido comprendida en el contexto familiar. Es usual que aquellas personas que han convivido con familiares con escaso conocimiento acerca de la diabetes, sin un control o tratamiento y complicaciones agudas y crónicas, sostengan una perspectiva de la enfermedad en términos de inevitable conducción hacia limitaciones funcionales, y eventualmente hacia la muerte (Ledón, 2012). Como lo podemos constatar en los siguientes testimonios donde se averiguó ¿qué conocimientos tenían de la enfermedad?, a partir de tener antecedentes familiares y respondieron:

**Esmeralda** (48 años): *Pues es que si uno tiene la diabetes, se pueden desencadenar varias enfermedades, una de ellas es la presión arterial, empieza uno a tener problemas del corazón; por lo mismo que uno se empieza a hacer obeso y una vida sedentaria de no hacer actividades.*

**Berenice** (42 años): *Tengo familiares con esta enfermedad y si hay unos que ya no ven, ya les falla su riñón, les hacen sus diálisis, yo decía –a poco así me voy a ver- y todavía tengo hijos chicos. Me iba a los extremos que teniendo esa enfermedad pues era de poco tiempo este vivir, pero ahorita que he venido hacerme mis estudios, estar en mis consultas cada dos o tres meses, llevo mi control de medicamento, pues digo hasta ahorita voy bien, no he padecido como mis familiares.*



Por su parte, personas que no refieren antecedentes familiares de la enfermedad expresan extrañamiento frente a la presencia de su padecimiento, y ubican su origen como resultado de elementos externos, sean de carácter conductual a partir de la conexión con prácticas consideradas como no saludables (hábitos alimentarios, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo), circunstancial, o basadas, incluso, en el destino. Esto se manifestó al responder ¿por qué creen que desarrollaron la enfermedad?, señalando que:

**Lilia** (75 años): *Bueno, tal vez porque yo no me cuide en lo que comía, comí de más, porque yo siempre he trabajado, siempre he trabajado en casa, entonces en algunas partes nos dan muy bien de comer y otras pues no, donde apenas le dan a uno un jarro de agua y un bolillo atravesado y así tiene uno que trabajar.*

**Ana** (87 años): *Ah mire pues yo digo que porque vi que se estaban peleando enfrente de donde vivo y vi como uno sacó la pistola y me espante mucho. Que me acuerdo de mis hijos, donde han de estar mis hijos, a lo mejor están ahí en la fiesta y la verdad me espanté mucho, me espanté, sentía que mi corazón se me salía y entonces a partir de ese día, se me secó la saliva, mi lengua no la moje toda la noche y sentí que era una cascarita mi lengua seca y ahí sí ya fui al doctor y me dijo que era lo que tenía, que era el azúcar, que era el azúcar.*

Conocer la interpretación que las personas le dan al porqué de su padecimiento, sirven para generar estrategias de atención, para ayudarles a comprender cuales son los cambios que deben desarrollar para aprehender a vivir con su diabetes.

### **5.2.3 La respuesta del sistema familiar**

Expuesta la parte de la tipología psicosocial y las fases temporales de la enfermedad, se presenta, el enfoque sistémico que plantea Rolland (2000), que se refiere a cómo la familia ha afrontado la enfermedad que aqueja a uno de sus integrantes.

Se debe considerar el funcionamiento familiar desde el punto de vista de la flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso que se requiere para dar respuesta a la enfermedad. Es importante señalar que la respuesta de la familia dependerá del tipo de padecimiento, la mayoría de las familias que se enfrentan a enfermedades incapacitantes o con riesgo de vida pueden convertirse finalmente en sintomáticas.

Mendizabal y Pinto (2006), señalan que la familia y la diabetes pueden influirse mutuamente, es decir, la afección altera la vida familiar, es decir, le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia de la persona enferma condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento de la diabetes mellitus.

Es necesario visualizar al individuo desde un enfoque más integral, que involucre a su entorno más próximo, como es la familia, para observar desde allí aspectos del funcionamiento familiar que pudieran estar incidiendo en el control de su enfermedad.

### **5.2.3.1 Constelación familiar**

Su conformación incluye a todos los miembros de la unidad doméstica actual, es decir, de las personas que viven bajo el mismo techo, de cada uno de los entrevistados. Como se observó en el capítulo anterior, en el apartado de los familiogramas, no se presentó un único tipo de familia.

Luisa (60 años), Damián (68 años), Emma (78 años), Luis (55 años) y Patricia (69 años), viven solos a causa de viudez o separación legal o de hecho, las relaciones con sus hermanos se caracterizan por ser distantes en la mayoría de los casos, con sus hijos se presentan relaciones de amistad o por el contrario son distantes.

Abril (68 años), Victoria (63 años). Ana (87 años) y Lilia (75 años), tienen una familia extensa, viven con al menos un/a hijo/a que ya formó su propia familia, las

relaciones se caracterizan por fusionadas, de amistad o cercanas con cada uno de los integrantes.

Maribel (48 años), Sergio (54 años), Jesús (71 años), Berenice (42) y José (48 años), tienen una familia nuclear, se integra por una pareja heterosexual con o sin hijos, esto depende de la etapa de vida que se encuentran respectivamente, puntualizan que las relaciones son cercanas, de amistad o fusionadas entre los miembros.

Germán (50 años), actualmente vive con dos hermanas, con quienes tiene una relación cercana-conflictiva, Esmeralda (48 años) es madre soltera de una niña con la que tiene una relación unida y fusionada, y Maru (57 años) su familia es monoparental ya que vive solo con su padre y esta relación es cordial y no tiene contacto con otros familiares.

No se puede contemplar que algún tipo de familia o de relaciones familiares, estén jugando un papel importante en el cuidado de la enfermedad, por ejemplo: Lilia (75 años), es la única de los entrevistados que actualmente tiene bajo control la diabetes a base de alimentación y ejercicio, vive con su nuera y nietas, pero ella es la responsable de preparar su comida, acudir a sus citas médicas, sesiones de actividad física, sin depender de ellas, incluso señala que la relación con sus hijos es distante. Maru (57 años) que vive con su padre, ha señalado que no lleva la misma alimentación que su padre, pese a que el padece diabetes, ella aún tiene sobrepeso y el control de su enfermedad lo señala como regular.

El propósito de conocer la familia de cada uno de los entrevistados es saber su contexto inmediato y si ésta cumple su propósito que va encaminado a la protección y supervivencia de cada uno y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve.

En específico, con la aparición de la diabetes el sistema familiar enfrenta a una situación nueva e inesperada. Implica la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que requiere ser tratada por el resto de la vida, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios a los hábitos de vida, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia, con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo y originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos.

### **5.2.3.2 Adaptabilidad familiar**

La adaptación de la familia al diagnóstico de diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto implica un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y, a veces, de enfermedad de otros miembros si el equipo de salud no está atento a ello (Hernández, Rodríguez y Sierra, 2014). La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. Por ello se les preguntó ¿cómo le dijeron a su familia que padecían diabetes?, señalando:

**Abril** (68 años): fui al doctor y cuando llegue a casa me preguntaron mis hijos que me habían dicho y les dije: *-me dijeron que tengo diabetes- ¡como que tiene diabetes! Sí, si le digo a mis hijos -pues ya ni modo ya me dio la diabetes ya que se puede hacer- y eso fue lo que le dije.*

**Victoria** (63 años): *¿Qué cosa tenía yo? Pues ya me entró el azúcar, pues ya ni modos, me dijeron todos ¡ahora cuídate!*

Los límites o fronteras tienen una gran importancia para el funcionamiento familiar. Vienen definidos por las reglas que rigen los subsistemas y aclaran quienes participan y de qué manera (Barbado, 2004). La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea

adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros (Minuchin, 1974). Estos límites deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y de los otros, la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

En otras palabras lo que afecta a uno (en este caso la diabetes), de una manera u otra repercute sobre todos, por lo tanto, la diabetes cambiará el sistema actual modificándolo según la nueva forma de vida que lleve la diabetes a la persona que tenga la enfermedad. Maldonado (1986) dice que toda persona enferma es una persona conflictuada, cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad, es en este momento donde la familia del individuo, debe colaborar emocionalmente brindándole protección y apoyo, adaptándose así a los cambios que existirán en el sistema por la presencia de una enfermedad en uno de sus miembros. Por ello, se les cuestionó ¿si creen que ha habido cambios en su vida a raíz de la diabetes?, respondieron:

**Ana** (87 años): *Sí... mis hijos se portan bien conmigo, mis hijos van a verme y no me dan mortificaciones, esta muchacha es mi hija, ella me trae y ella me lleva. En aquellos años yo era sola mis hijos estaban chiquitos y tenía a mi esposo, pero como si no lo tuviera, era peor, porque era tomador y me molestaba mucho y por eso me fui a trabajar para mantener a mis hijos y mandarlos a la escuela.*

**Berenice** (42 años): *Sí nos juntamos un poquito más entre la familia, ya mis hijos me ayudan hacer quehaceres, me dicen –vete a hacer tus ejercicios-.*

En ambos testimonios, se observa que Ana y Berenice han obtenido una “ganancia secundaria”, al ser diagnosticadas con diabetes, ya que señalan que las relaciones con sus hijos son armónicas, se preocupan por ellas y tratan de no causarles inquietudes para no afectar su padecimiento.

Una reacción a la adaptación del diagnóstico de diabetes en los miembros de la familia se caracteriza por el compromiso con el régimen y con expectativas realistas. Por lo tanto, la comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo

emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo o negativo en el manejo de la diabetes.

### **5.2.3.3 Pautas multigeneracionales**

La recepción del diagnóstico de diabetes puede asimilarse de diferentes maneras: como una consecuencia esperada de la genética, por haber llevado malos hábitos alimenticios o porque surgió de la nada; como una catástrofe que trastornará el estilo de vida o como una consecuencia que sólo debe afrontarse con modificaciones importantes al estilo de vida.

En este sentido, Rolland indica que el comportamiento actual de una familia no se puede comprender aislado de su historia, donde juegan un papel primordial los sistemas de creencias; pues cada persona individual y como parte de una familia, desarrollan un sistema de creencias que determinan las pautas de comportamiento en relación al otro. Desde este enfoque los significados y las creencias son representados y creados por las narrativas e historia que se construye para dar sentido al mundo y el lugar que se ocupa en él.

En este apartado es donde se cuestionaron las creencias y significados asociados a lo que representa vivir con diabetes, encontrándose que, esta enfermedad es algo que implica a la totalidad a la persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales. Esta visión permite aproximarse al proceso de construcción de la cronicidad de un padecimiento, donde no se centra exclusivamente en lo físico o fisiológico. La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona, en sus diversas esferas.

El papel de Dios, en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se enfoca a la voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que él dejó que así

sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo con relación a la atención de su enfermedad.

**Ana** (87 años): *Pues al momento sentí como escalofríos, o sea, sentí cómo temorcito, algo así, pero ya después dije pues ni modo, pues si me voy a morir de diabetes, pues que sea lo que Dios quiera y ya. Y ahorita pues no me da miedo, ahorita no me da miedo.*

**Luisa** (60 años): *Pues el doctor me dijo que esa enfermedad es mortal, pues me asusté mucho y saliendo de allá, luego, luego, fui a la iglesia a pedir, a decir:-Dios mío, porque me dio esta enfermedad-*

El esquema cognitivo de la persona que vive con diabetes gira en torno a la definición del padecimiento, que da sentido y significado a las acciones y conductas posteriores. Aquí la representación social de las causas de la diabetes desempeña un papel importante, ya que la definición de la enfermedad va aparejada con la definición de su identidad social, que puede darse para beneficio o perjuicio del paciente. Se les cuestionó ¿Qué representa tener diabetes?, manifestando:

**Lilia** (75 años): *Es una enfermedad muy grave, porque si no me cuido, me da el coma diabético, que quedan todos mal, por eso sí se me hace importante cuidarme, sino al rato acaba uno todo mal y pues ahorita voy ay más o menos, saque 100 de azúcar, estoy bien, no como grasa, no como pan, no como mucha tortilla, plátano y eso que dicen que hace daño, todo eso no lo cómo.*

**Berenice** (42 años): *La siento como una gripa, porque la estoy controlando, hasta ahorita no he visto o padecido al grado de mis familiares, mi diabetes sea más que una diabetes, más que un resfriado, porque me tomo mi medicamento a mis horas y mi alimentación es verduras, así que no la siento que sea. Al principio si me deprimí porque dije ya me voy a morir, porque afecta muchas partes de nuestro cuerpo pero, si uno la sobrelleva no pasa nada.*

La representación de las personas que viven con diabetes mellitus no tiene una concordancia directa con los conceptos de la historia natural de la enfermedad, ni curso de la enfermedad, que son manejados desde la perspectiva biomédica; ya

que éstos no consideran algunos de los procesos mencionados por las personas, tales como los aspectos emocionales, sociales y el cambio de vida.

**José** (48 años): *Es como cualquier tipo de enfermedad, ya ha este paso de vida, es llevarla, ya sabe uno que la tiene es vivir con ella, sobre todo es vivir con dignidad, o sea, yo me puedo conmiserar con todo el mundo, pero ¿qué ganaría?, no ganaría nada al contrario.*

**Luisa** (60 años): *Bueno carga no, pero yo pienso que sí, como le digo o sea, trato de cuidarme pero no por el trabajo, pero no me siento mal que diga hay porque tengo esto o porque me dio esto no, sé que mucha gente tiene y como le digo esas pláticas me ayudaron mucho porque ahí se explica muy bien de qué se trata, cómo se debe uno de cuidar, cómo se debe uno de morir, de lo que nos puede pasar, pero no me siento así, como si fuera una carga.*

Retomar el modelo sistémico de la enfermedad, permitió conocer la dinámica en la que se desenvuelven las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, donde se observó cómo fue el comienzo y curso de la enfermedad, la fase en la que se desarrolló, la existencia de antecedentes del padecimiento. Asimismo conocer la constelación familiar de los entrevistados, la adaptabilidad a partir del diagnóstico y las pautas generacionales que le dan sentido a su actuar frente a la enfermedad.

Permitir

### **5.3 Capital social**

El capital social es la capacidad de los individuos o colectividades para utilizar sus redes familiares, sociales e institucionales y obtener una ventaja adicional (López-Rodríguez y Soloaga, 2012). En el caso de la diabetes mellitus, su condición de enfermedad crónico-degenerativa determina su tratamiento médico y social, impactando no solo la calidad de vida de la persona, sino del contexto donde se encuentre.



El control de la diabetes es un componente esencial, de ahí que haya una creciente atención en los efectos protectores de capital social en la salud, en donde el capital social comprende las características de la sociedad que facilitan la cooperación para el beneficio mutuo. La esencia del capital social radica en que nuestras relaciones sí importan, por derecho propio y porque influyen en muchas de las cosas relevantes en la vida.

Es de resaltar que este determinante de la salud puede ser analizado desde el nivel macro, como cohesión social, hasta el nivel micro como es el apoyo social y en su nivel intermedio como soporte social propiamente dicho, de manera que no sólo se refiere a las causas de las causas únicamente estructurales, sino también las que le corresponden al individuo y, por tanto, la reducción de los daños a lo largo del proceso de salud enfermedad con padecimientos crónicos degenerativos. La diabetes mellitus tipo 2 es compleja y debe promoverse mediante soluciones altamente integradoras de tipo social, comunitarias e individuales.

Para las personas que viven con diabetes, las relaciones sociales emanan de la estructura social en la que habitan (la familia) y son el mayor recurso de su capital social para aumentar las destrezas y mejorar las experiencias para el manejo y cuidado de la enfermedad.

**Berenice** (42 años): ... *mis hijos me dicen –mamá ya vamos a comer, ya tienes tus pastillas o donde las tienes y te las damos-. Yo cuando vamos a desayunar procuro yo tener mis pastillas al lado de la comida. Pues con mis parientes enfermos, ahora sí que como, no es competencia pero ellos me dicen que –si hubieran hecho lo que yo ahorita estoy haciendo de ejercicio y cambiar hábitos alimenticios, a lo mejor su enfermedad no hubiera transcurrido como hasta ahorita-. Pues moral y físicamente en cuestión de que este... pues me dice –échele ganas.*

**Ana** (87 años): *Sí mire, cuando empecé con la diabetes, mi hija estaba jovencita me dejaban las pastillas, esto se va a tomar, a tales horas, pero cuando ella está, sí me las da y ahorita las agarro solita ya se cuales me tomo.*

En los testimonios anteriores vemos que el principal capital social es la familia, en específico, las personas que viven bajo el mismo techo, son quienes apoyan a los entrevistados.

Hombres y mujeres pueden aislarse a causa de la diabetes, pueden sentirse solos con su enfermedad, aunque vivan en casa con su familia, sienten que deben preocuparse por sí mismos, porque nadie más lo hará.

**Luisa** (60 años): *He... sí, sí pero es como le he dicho mientras pueda yo trabajar ahí sigo, ya cuando no, me voy al pueblo y allí cooperan para mi medicina, pues como le dije a mis sobrinos y sobrinas, pero como hasta ahora puedo sola.*

Sin embargo, algunos pacientes manejan la soledad, prefieren no ir a encuentros sociales para no descuidar su salud, sufren cuando los invitan a fiestas, no comen con sus amigos, comen lo que les dan en las reuniones, porque han logrado adaptarse a la enfermedad y viven la salud y la vida con cambios en su estilo de vida.

**Abril** (68 años): *No, no todos comemos lo mismo, o sea yo no preparó comida para ellos; mi nuera les guisa a ellos y yo guiso lo mío.*

**Sergio** (54 años): *No, pues incluso antes era yo alcohólico, y a raíz de esto de la diabetes he dejado de beber bebidas alcohólicas.*

El cuidado es cuestión de confianza, es un asunto recíproco y solidario de intercambio social; también es cuestión de género. El valor de la confianza siempre está presente en los diferentes espacios donde transcurre la vida en las moradas (hogar, trabajo, espacios habitados por personas que se conectan estructuralmente), permitiendo que el cuidado se establezca como una acción de bienestar para la vida. Al preguntarles ¿con quién tenían una relación de confianza para contarle sus problemas y respecto a su padecimiento?, se encontró que las relaciones de confianza las tienen con sus hermanos, hijos o su pareja, por el contrario, hay quien indica estar solo/a:

**Germán** (50 años): *Con mis hermanos, mis hermanos, luego le hablo a mi hermana luego ando hablando como estoy, esto y esto.*

**Ana** (87 años): *No, como ya estoy viejita no tengo amigas y menos amigos.*

**Lilia** (75 años): *Siempre ando sola, pues aunque tengo un hijo está en Ixtapaluca y nosotros aquí.*

En particular, las redes de relaciones de las mujeres son más visibles a las conformadas por los hombres; a través de éstas se activan recursos para lograr estrategias en el manejo de la enfermedad. Se indagó a que instituciones además del Centro de Salud acudían para el control de la diabetes, o bien, en que instituciones o actividades participaban, señalando principalmente que:

**Esmeralda** (48 años): *Aquí en el grupo que venimos de la plática de “mano amiga” le llámanos “mano amiga”, con ellos, son con los que convivo cada ocho días y por parte de mi esposo con sus amistades que él tiene, que son gente adulta y bailan danzón, con ellos me integro y por mi parte, en la iglesia donde asisto soy cristiana, con el grupo de hermanas me pongo a leer la palabra de Dios.*

**Lilia** (75 años): *Asisto al grupo de aquí del Centro de Salud, donde compartimos los ejercicios, platicamos y nos vemos cada ocho días.*

El capital social que tejen en particular las entrevistadas es mayor al de los hombres, quienes manifestaron no acudir al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud, por falta de tiempo, pues el horario que maneja es matutino y éstos se encuentran laborando. Es importante señalar, quienes asisten a las pláticas, manifiestan que ha sido una herramienta que les permite conocer la enfermedad y sentirse entre pares, se mantienen activos físicamente pese a que es un día a la semana y tratan de resolver sus dudas en las sesiones.

Putman (2003), mencionó que Lyda Hanifan puntualizó que los problemas sociales, económicos y políticos de las comunidades se pueden resolver en la medida que se refuercen las redes de solidaridad entre los ciudadanos, porque hay elementos tangibles que cuentan en la vida cotidiana de las personas, a saber, la buena

voluntad, la camaradería, la comprensión y el trato social entre los individuos y las familias, características constitutivas de la unidad social. Abandonado a sí mismo, el individuo es socialmente un ser indefenso; pero si entra en contacto con sus vecinos, y éstos con nuevos vecinos, se producirá una acumulación de capital social que podría satisfacer sus necesidades sociales y producir posibilidades sociales suficientes para mejorar de forma sustancial las condiciones de la vida de toda la comunidad.

En este sentido, retomando el contexto o en palabras de Bourdieu, el *campo*; se vislumbra que las características de la demarcación Iztacalco, como la violencia generalizada (inseguridad), el deterioro de la calidad de vida, contribuyen a la precariedad de capital social de los entrevistados, debido a que se reduce a un capital “individual”, donde sólo se cuenta con familiares o allegados.

En el Centro de Salud “Dr. José Zozaya”, la atención que reciben las personas que viven con diabetes, se centra en el enfoque biomédico, donde acuden una vez al mes y el procedimiento que se sigue es: pasar con la enfermera para que tome los signos vitales y la toma de glucosa, más tarde, los llama el médico que es el encargado de notificar sus resultados de laboratorio, particularizando en los niveles de glucosa y medidas antropométricas (talla, peso, índice de masa corporal, medidas de cintura, cadera), además se les indica que alimentos deben dejar de comer, la administración de medicamentos, realización de ejercicio y en los casos que, el paciente no acuda al Grupo de Ayuda Mutua se le hace una invitación para que asista.

La esencia del capital social radica en que nuestras relaciones sí importan, por derecho propio y porque influyen en muchas de las cosas relevantes en la vida.

## CONCLUSIONES

La diabetes constituye una crisis mundial de salud y desarrollo. Sin embargo la diabetes mellitus tipo 2, en la mayoría de los casos se puede prevenir o retrasar, donde la modificación en el estilo de vida de la persona es fundamental, específicamente en la alimentación, actividad física y el autocuidado; aunado al capital social. Por tanto, es importante conocer las prácticas, las representaciones, las experiencias con el padecimiento y con el tratamiento para entender la cotidianidad de las personas que viven con esta enfermedad, a fin de ofrecer estrategias de atención que respondan a sus necesidades.

Dando respuesta a las preguntas de investigación se encontró:

1. *¿Cuál es el habitus de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?*

Para conocer el habitus de los entrevistados, se particularizó en tres elementos alimentación, actividad física y autocuidado, porque son factores modificables para desarrollar o no diabetes mellitus tipo 2, la genética, la raza y la edad son elementos condicionantes que el individuo no puede modificar.

Respecto a la *alimentación* en la niñez, se caracterizó por ser rica en verduras, el consumo de carne era esporádico por la falta de recursos económicos para adquirirla, era la madre quien se encargaba de preparar y decidir qué tipo de alimentos se consumían, no realizaban ayunos prolongados y no se acostumbraba comer fuera de casa, a menos que se tratara de alguna celebración familiar, donde se le daba importancia a los alimentos que se servían. En la adolescencia/juventud, el cambio más drástico fue cuando los participantes empezaron a trabajar, su alimentación varió respecto al tipo de alimentos, cantidades y horarios. En la adultez, la inserción a largas jornadas de trabajo originó cambios en su alimentación, consumían alimentos preparados en la calle, había tiempos prolongados sin probar alimentos principalmente. Es importante mencionar que los cambios en la alimentación, se vinculan al cambio en la alimentación en general, donde hay predominio de la llamada comida rápida, ingesta de productos procesados y la inserción de bebidas carbonatadas.

Respecto a la *actividad física* se evidenció que desde la infancia se delega a la clase de educación física o deportes en la escuela, en los ratos libres se dedicaban a jugar con hermanos, amigos o vecinos. Los padres no fomentaban la práctica de actividad física. En particular, las mujeres señalaban que realizar los quehaceres del hogar, era la manera de hacer ejercicio, incluso en las siguientes etapas no se realiza ningún tipo de actividad física.

La conducta de *autocuidado* no es una característica de los entrevistados, señalan que solo acudía al médico o tomaban algún remedio casero cuando enfermaban, no hay una cultura de prevención, de hacer chequeos de rutina; por lo cual, les resulta difícil seguir las indicaciones terapéuticas que requieren para controlar la enfermedad.

En este sentido, retomar aspectos culturales de la alimentación, para la comprensión de los eventos relacionados con la comida y sus significados es un punto central para entender la complejidad del acto de comer. La alimentación no es, exclusivamente, un fenómeno biológico, nutricional o médico, es, además, un evento social, psicológico, económico, simbólico, religioso, es decir, cultural en el amplio sentido de la palabra. Los alimentos, no son simples portadores de energía y de nutrimentos, sino que están llenos de significados que según Mintz (2003), son atributos que les confiere una población para clasificarlos de tal forma que guían su elección según la edad, el sexo, la condición socioeconómica, el momento, la ocasión, la imagen, entre muchos otros factores. La comida es al final de cuentas un rasgo integrador o diferenciador ya que siguiendo al mismo autor, la alimentación es al mismo tiempo una forma de comunicación y de identificación con el grupo al que se pertenece.

La comensalidad familiar es una variable que permite conocer con mayor profundidad cómo se viven los diferentes momentos del consumo. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana. De

ahí, que es una parte inherente al *habitus* incorporado, que presenta resistencia al cambio, es parte de la esencia de la persona, es el bagaje cultural que al presentarse una enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2, se debe cambiar en todo sentido, se debe reaprender a comer, lo que resulta en la mayoría de los casos imposible, primero por la resistencia de la propia persona, seguida del contexto en donde se desenvuelve, es decir, por la forma de vida, las circunstancias sociales, económicas y políticas.

Lo mismo ocurre con la actividad física, donde es evidente que las personas no tienen la costumbre de realizarla, porque a lo largo de su ciclo de vida, no se fomentó su práctica formal o informal, la familia de origen y las instituciones no promovieron su desarrollo. La Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte señala que después de la etapa escolar, un buen porcentaje de los mexicanos abandona en forma definitiva el ejercicio, aunado al bajo nivel de alimentación, muchos carecen de salud. Ello da cuenta del ¿por qué?, es casi imposible incorporar a las personas que viven con diabetes, a rutinas de ejercicio, y la situación se complica cuando hablamos de personas adultas mayores, quienes tienen arraigadas otras costumbres, o su condición de salud se encuentra mermada.

El autocuidado, en particular, evidenció que son las mujeres quienes poseen un acopio social del conocimiento y del cuidado de la salud cotidiana, que tiene que ver con un orden cultural y social específico mediatizado para ellas por significantes, personas o instituciones, los cuales están encargados de su socialización. En la unidad doméstico/familiar son las mujeres las que proveen el autocuidado a la salud necesario para la reproducción biológica y social tanto de su familia como de sí mismas.

2. ¿Cuál es la dinámica familiar de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?

La familia debe jugar un papel importante de apoyo o soporte, por lo que se evidenció, el efecto que ha provocado el diagnóstico de diabetes en el ámbito familiar de los participantes es, en dos sentidos, uno se caracteriza por brindar

apoyo a la persona que vive con diabetes, en cuanto a la alimentación consumen los mismos alimentos, los estimulan a practicar ejercicio, hay acompañamiento a las consultas médicas, en general brindan soporte a su familiar.

En este sentido, es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, o la nuera, quién pasa a ser la cuidadora principal sobre todo al tratarse de personas adultas mayores. La cuidadora es la que se ocupa de las atenciones materiales: preparación de la alimentación adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad.

Por el otro, hay quienes no se vinculan con su familiar, el diagnóstico de la enfermedad no representó cambios en su vida, las relaciones no se modificaron en lo absoluto, incluso los entrevistados manifiestan estar solos, desde antes que se conocieran su condición de salud.

Otro elemento a destacar es la respuesta que tienen los familiares al conocer el diagnóstico de la enfermedad, lo cual representa una situación nueva, que en los casos de esta investigación se evidenció fueron inesperados o confirmatorios; lo que conllevó una carga emocional en la persona y su entorno, debido a que es una enfermedad que no tiene cura, que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los estilo de vida, tanto en la alimentación, como en la actividad física, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones (neuropatía, retinopatía) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. Donde la familia tuvo que procesar todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de personas con diabetes, sobretodo en relación con



acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc.

No se debe olvidar que la familia cumple una función importante en el proceso de educación; ya que en la modificación del estilo de vida no se puede considerar a la persona con diabetes como un ser aislado, pues el contexto donde se desenvuelve es importante para generar cambios. Asimismo se debe sensibilizar a los miembros de la familia con la finalidad de que se asuman como pacientes potenciales y tomen medidas preventivas.

3. ¿Cuál es el capital social con el que cuentan las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?

El capital social que tienen los entrevistados se caracterizó por ser individual, los entrevistados manifiestan que es su responsabilidad saber qué alimentos pueden o no comer, en la cotidianidad o en reuniones sociales, también hay quienes narran contar con el apoyo de sus familiares respecto al cuidado, tratamiento de la enfermedad, fomentando a su vez un elemento positivo para la persona enferma, pues hay un beneficio secundario donde se “trata a la persona” de mejor manera o cuidando que no tenga cambios de humor y por ende, se vea afectado su padecimiento.

Respecto al capital social es importante desarrollar acciones encaminadas a la recuperación, o bien, al reforzamiento del capital social que permita una mayor interrelación entre las instituciones y la sociedad, es decir, un capital social que acerque a las personas y establezca puentes entre éstas, como un aspecto clave que asegure mayor participación y enfrentar situaciones de exclusión entre los individuos y los diversos grupos sociales.

El capital social debe estar enfocado en acciones que permitan a las personas recuperar espacios de convivencia, que los propios individuos tengan confianza entre sí.

Para comprender los problemas colectivos de salud se debe entender la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad, pues dicha inserción determina las condiciones de vida de los individuos que conforman los grupos y consecuentemente sus condiciones de salud. La ubicación de los grupos dentro de una sociedad determina sus condiciones de existencia, es decir, una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano, a su vez estas estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad específicos.

La importancia de que la persona que vive con diabetes tenga un conocimiento apropiado sobre la enfermedad y practique un estilo de vida saludable, permite que pueda controlar mejor los niveles de glucosa y, de esa manera, optar por una mejor forma de vivir con esta enfermedad. De esta manera, el mismo paciente podría reducir el desarrollo de complicaciones, asegurando una mejor calidad de vida.

Es necesario promover estrategias o procesos participativos que puedan facilitar la construcción de acuerdos y consensos entre los individuos, a fin de reestructurar el tejido social, para mejorar las condiciones de vida de la población.

## RECOMENDACIONES

El reto para Trabajo Social es diseñar junto con el equipo médico una estrategia educativa individualizada donde se tomen en cuenta los factores como edad, escolaridad, creencias, expectativas de la propia enfermedad, factores psicológicos, la ocupación, el entorno donde se desenvuelve (familia, amigos, vecinos), es decir, cada uno de los aspectos que diferencia a un individuo del otro.

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

El Trabajador Social debe concebir a la educación en diabetes mellitus como una experiencia de aprendizaje permanente que básicamente constaría de lo siguiente:

#### **Diagnóstico**

Se tiene como objetivo conocer los conocimientos de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares, así como, su estilo de vida.

#### *Metodología:*

Primera etapa: Caracterización de la persona con diabetes mellitus tipo 2.

1. Construcción de un familiograma para conocer antecedentes familiares, dinámica familiar e historial de enfermedades.
2. Aplicación del instrumento validado DKQ 24, para evaluar los conocimientos sobre la diabetes mellitus, valora conocimientos básicos de la enfermedad, sobre el control glucémico y sobre prevención y detección de complicaciones y del IMEVID para conocer el estilo de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2.
3. Aplicación del instrumento APGAR Familiar, para valorar el apoyo familiar.

Segunda etapa: Caracterización de los familiares que participaran.

1. Aplicación del instrumento DKQ 24, para valorar sus conocimientos.
2. Aplicación de la prueba para determinar el riesgo a desarrollar diabetes mellitus.

Tercera etapa: Caracterización de la población.

1. Valorización de las necesidades de las personas con las que se realizara la intervención, es decir, al conocer que conocimientos poseen, se modifican las temáticas de cada uno de los módulos propuestos e incluso se pueden incluir contenidos no previstos.

2. Concientizar del riesgo de padecer la enfermedad a los familiares, para cambiar estilo de vida de la familia en general y propiciar el apoyo a la persona que vive con diabetes y, asimismo prevenir complicaciones y el desarrollo de la enfermedad en los familiares.

Cuarta etapa:

1. Particularizar las pautas de intervención, de acuerdo a las características de la población con la que se trabajará.

### **“APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

Consiste en el conjunto de acciones orientadas hacia la familia, para propiciar el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que ésta pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas de salud, como es el caso de la diabetes mellitus tipo 2.

En este sentido es el Trabajador Social quien estará a cargo de cada una de las actividades a desarrollar, desde la planeación, ejecución y evaluación del proceso. Cabe señalar que este profesional es educador en diabetes, por lo cual cuenta con los conocimientos necesarios para ejecutar cada una de los módulos informativos que se proyectan.

Se plantea una intervención familiar educativa, como proceso que permita a la familia recibir información, producir conocimientos sobre la diabetes mellitus a fin de promover la reflexión, con la finalidad de estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios.

El punto de partida del proceso educativo se centrará en las percepciones, criterios, sentimientos y conductas de las personas con diabetes. Antes que informar, hay que observar y escuchar con respeto máximo a las apreciaciones y criterios de la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2, y garantizarle plena libertad para expresarse, en una atmósfera familiar y sencilla, en la que cada quién exponga sus inquietudes y experiencias, sus dificultades objetivas y las barreras que percibe para vivir con la diabetes mellitus.

### *Objetivo general*

Proporcionar educación diabetológica a la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2 y su familia para elevar su calidad de vida.

En este sentido, se contempla la educación a corto plazo para generar conocimientos y desarrollar destrezas necesarias para:

- a) Establecimiento de patrones alimentarios de acuerdo a las necesidades individuales de cada uno de los integrantes de la familia.
- b) Incorporación de la actividad física.
- c) Administración de medicamentos para el control de la diabetes.
- d) Fomentar el autocuidado de la salud en general.

A largo plazo:

- a) En su caso, reducción de peso.
- b) Control metabólico.
- c) Generación de la práctica sistemática de actividad física.
- d) Prevención de complicaciones.

Para saber cuáles son las necesidades de la persona que vive con diabetes y su familia es preciso conocer en el momento por el que pasan, es decir, si apenas han recibido el diagnóstico de la enfermedad, o bien, ya llevan tiempo con la ésta y no se tiene conocimiento para manejar los diferentes aspectos de la enfermedad. El objetivo principal será:

- Proporcionar los conocimientos y comprensión en general de la diabetes mellitus, para ejecutar técnicas en su tratamiento

Cuando nos encontramos ante un individuo que ya cuenta con conocimientos de la enfermedad, se buscarán alternativas de solución partiendo de su experiencia cotidiana, donde la familia es un punto clave, ya que el apoyo que brinden es base para afrontar las exigencias de la diabetes. Aquí el objetivo principal es:

- Desarrollar motivaciones, sentimientos de responsabilidad y destrezas para la toma de decisiones del cuidado diario.

Como ya se mencionó las temáticas se plantearan de acuerdo a las necesidades o características de las personas, sin embargo, se plantea un contenido básico que servirá de guía para el proceso educativo, como a continuación se observa:

<b>Módulo 1</b>	<b>Temática</b>
<b>Conocimientos básicos de la enfermedad</b>	¿Qué es la diabetes? ¿Cómo evoluciona? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Cuáles son sus complicaciones?
<b>Componentes del tratamiento</b>	Plan de alimentación Actividad física Medicamentos Interacción entre los componentes del tratamiento
<b>Metas del tratamiento</b>	Niveles de glucosa Presión arterial Peso corporal Lípidos
<b>Desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades</b>	Consejos dietéticos Automonitoreo y autocontrol Utilización adecuada de medicamentos Prevención de complicaciones Situaciones de emergencia

Durante el proceso de educación, el contenido responderá y se dirigirá a resolver las necesidades del grupo (individuo-familia), por tanto, los objetivos, aunque establecidos, no estarán pre-estructurados. Durante el contacto personal hay que insistir en resolver las necesidades individuales de cada persona.

En ambas etapas, el contenido se adaptará a la edad, escolaridad, y tiempo de evolución de la enfermedad, y cualquiera que sea la necesidad educativa priorizada, el contenido debe tener en cuenta las barreras de aprendizaje y de adhesión al tratamiento, así como la respuesta individual a la enfermedad.

#### *Actividades educativas*

- a) Para generar o ampliar los conocimientos se empleará el diálogo y discusión a partir de situaciones de la vida cotidiana de la persona que vive con diabetes y su familia. El contenido será sencillo y práctico, tratando de enfatizar uno o dos mensajes por sesión.
- b) Para el desarrollo de destrezas se realizarán ejercicios prácticos en condiciones similares a las que ellos realizan la acción cómo inyectarse la insulina, realizar pruebas de glucosa, uso del glucómetro, preparación de alimentos, revisión de pies, etc. Aprendiendo por ensayo y error.
- c) Modificación de conductas se realizarán análisis y reflexiones para que expresen sus percepciones, sentimientos y necesidades reales sobre su vivir con la enfermedad; para identificar problemas y buscar alternativas de solución y establecimiento de metas.

Los principios que rigen la educación de la persona que vive con diabetes y su familia son:

- a) Enseñanza centrada en la persona. En las sesiones la atención debe enfocarse a los intereses, dificultades y expectativas del grupo (individuo y familia). La educación debe estar orientada a resolver sus dudas. Este es un principio básico; se pretende que éstos sean los principales responsables del control de su propia enfermedad.

- b) Aprendizaje significativo. Debe fomentarse el aprendizaje de nuevos conocimientos para vincularse con las experiencias, vivencias e intereses de la persona, es decir, que lo asocien a la vida real; con la finalidad de brindar solución a los problemas que presentan en su día a día.

### *Evaluación*

El proceso educativo se evaluará de manera continua. Se aplicarán las siguientes evaluaciones:

1. Inicio. Con la finalidad de hacer un diagnóstico del grado de educación del paciente y su familia en la primera sesión. Teniendo como referentes su historia clínica, estado de salud actual, el grado de conocimientos y destrezas, adherencia al tratamiento, barreras percibidas con respecto a la enfermedad y la identificación de las redes de apoyo social.
2. Durante. En cada sesión se incluirá el análisis de conocimientos y destrezas desarrolladas desde el último encuentro, la percepción del paciente sobre la enfermedad, las exigencias del tratamiento y las dificultades que le presenta éste.
3. Final. Cambios en su historia clínica, inclusión de la familia en el control de la enfermedad, conocimientos, adherencia terapéutica (alimentación, actividad física y medicamentos).

*Isidro, Arzobispo de Sevilla decía:*

*“Aprende como si fueras a vivir siempre. Vive como si fueras a morir mañana.”*



## Referencias

- Acero, C. (1982). La investigación en trabajo social. Madrid: Universidad Complutense.
- Álvarez-Larrauri, S. (2004). Habitus, campo y violencia simbólica. Una construcción sociológica de la salud. México. Rev. Acta sociológica.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2013). Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes en el Distrito Federal VI Legislatura.
- Augé Marc, Herzlich Claudine. Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Archives Contemporaines, Paris. 1984. Passim
- Bourdieu, P. (1972). Esquisse d'une theorie de la pratique. París: Droz.
- Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. París: Minuit. En Bourdieu, P. (2013). El sentido práctico. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. pp. 240-268 in Handbook of theory and research for the sociology of education, edited by J. G. Richardson. New York: Greenwood.
- Bourdieu, P. (1988). La distinción. Crítica social del gusto. Madrid: Taurus.
- Breilh J. La salud-enfermedad como hecho social. En: Betancourt O, Breilh J, Campaña A y Granda E. Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras. Colección Fin de Milenio. Serie medicina Social. Universidad de Guadalajara, México.1991
- Cisterna, F. (2005). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Theoria; 14 (1): 61-71.
- Champagne, P., Pinto, L. y Sapiro, G. (2007). Pierre Bourdieu, sociólogo. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Coleman, J. (1990). Foundations of social theory. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill.
- Escudero, A. (2014). Identidad y formación de ciudadanías. Alemania: PUBLICA.
- Federación Internacional de Diabetes (2015). Atlas de la Diabetes de la FID. Séptima edición. Extraído el 2 de febrero de 2016 desde <http://www.diabetesatlas.org/>

- Federación Internacional de Diabetes (2013). Atlas de la Diabetes de la FID. Sexta edición. Extraído el 2 agosto de 2014 desde [http://www.idf.org/sites/default/files/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf)
- Federación Internacional de Diabetes (2006). Resolución 61/225 de las Naciones Unidas: Día Mundial de la Diabetes. Extraído el 21 de enero de 2012 desde [http://archive.worlddiabetesday.org/files/docs/Rapport\\_A4\\_IDF\\_0307\\_ESP.pdf](http://archive.worlddiabetesday.org/files/docs/Rapport_A4_IDF_0307_ESP.pdf)
- Fortich, MP. y Moreno, A. (2012). Elementos de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu para una aproximación al derecho en América Latina: consideraciones previas. Colombia, Bogotá: Verba Iuris.
- Galeana, S. (2004). En Sánchez, M. (2004). Manual de Trabajo Social. México, Distrito Federal: Escuela Nacional de Trabajo Social-Plaza y Valdés.
- García, B. (2009). Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. México: Manual Moderno.
- García, M. y García, R. (2005). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Rev Cubana Endocrinol*; 16 (2)
- García, JD. y Moreno, O. (2011). El capital social y el Sistema de Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. *Rev Salud Pública de Medellín*. Colombia, 5.
- García-Valdecasas, JI. (2011). Una definición estructural de capital social. *Rev hispana para el análisis de redes sociales*. España, (20):6
- Gobierno del Distrito Federal. (2010). Historia de la Colonia Gabriel Ramos Millán-Tlacotal en la delegación Iztacalco, Ciudad de México. Conversión Social GDF 2010. MISEREOR.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2016). Delegación Iztacalco. Página web. Subdirección de Informática Soporte Técnico MSF. <http://www.iztacalco.df.gob.mx/portal/>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knual, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*. 53(2), S220-S232. Extraído el 4 de marzo desde <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, JP. y Reinoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública Mex*. 55 Supl 2:S129-S136

- Hernández-Nave, J., Rodríguez-Bustos, B. y Sierra-Torres, A. (2014). El paciente diabético y su entorno familiar y social. *Sx Cardiometabolico Diabetes*. Extraído el 29 de noviembre de 2012 desde [file:///D:/AlexMix%20Data/Downloads/paciente%20\(1\).pdf](file:///D:/AlexMix%20Data/Downloads/paciente%20(1).pdf)
- Hernández, RM. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*. 23:187-210.
- Instituto Nacional de Antropología e Historia y Delegación del Departamento del Distrito Federal en Iztacalco (1992). *Monumentos Históricos Inmuebles y Muebles Iztacalco D.F.México, D.F., primera edición*. p. 7-24
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2012). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes. Datos del Distrito Federal. Extraído el 29 de noviembre de 2012 desde <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2013). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes. Extraído el 2 de diciembre de 2013 desde <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. México. Extraído el 2 de diciembre de 2013 desde [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf)
- Ito, ME y Vargas, BI. (2005). *Investigación cualitativa para Psicología: de la idea al reporte*. México: Miguel Ángel-Porrúa
- Kadushin, C. (2013). *Comprender las redes sociales: teorías, conceptos y hallazgos*. España: Colección Clásicos Contemporáneos.
- Kisnerman, N. (1985). *El método: investigación*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Kornblit, A. (2004) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Lechner N. (2000). Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. *Rev Instit Desarrollo*.
- Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97. Recuperado en 26 de noviembre de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tIng=es)

- Mejía, J. (1999) De la construcción del conocimiento social a la práctica de la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, II (3). (Revista del IHS - UNMSM).
- Mercado-Martínez, F.J., Alcántara-Hernández, EC., Lizardi-Gómez, A. y Benítez-Morales, R. (2003). Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria* 31(1):32-38
- Mercado-Martínez, F.J., Robles-Silva L., Ramos-Herrera, I, Moreno-Leal, N. y Alcántara, E. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública* 15(1):179-186
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Gedisa.
- Moss, R. (1984). *Copings with Physical Illnes. New Perspectives*. Nueva York, Plenum. Citado en Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Diabetes*. Centro de Prensa. Diabetes. Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 312. Revisado el 1 de septiembre de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra.
- Pérez, G. (2001). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos*. Madrid: La Muralla
- Putnam, R, Leonardi R, Nanetti RY. (1994). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
- Reyes, D. (2011). *Análisis Económico de la Delegación Iztacalco, México, D.F.*
- Reyes, R. (2009). *Diccionario critico de ciencias sociales: terminología científico - social (vol.2: de la d a la h)*: Madrid: Plaza y Valdés.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Gedisa.
- Rodríguez, G., Gil J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe S.L
- Ruesch, J. y Bateson, G. (1951). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Nueva York, Norton. Citado en Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Gedisa.

- Ruíz, JI. (2012). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: 5ta. Edición
- Sandoval, C. (2002) Investigación Cualitativa. En Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Colombia: Arfo
- Sapag, J y Kawashi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública. Chile, (1):41
- Schwartz, H. Jacobs, J. (1984) Sociología Cualitativa: Método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas
- Secretaría de Salud. (2014). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Primera edición: Entidad paraestatal del Gobierno Federal. Extraído el 2 de noviembre de 2014 desde [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)
- Secretaría de Salud. (1994). Manual de lineamientos para la elaboración del estudio de Regionalización Operativa.
- Secretaría de Salud. (2011) Programa de Acción Especifico 2007-2012. Diabetes mellitus. México. Extraído el 22 de abril de 2010 desde <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/diabetes.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social. Secretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación.
- Steinglass P, Horan M. (1988). Families and chronic medical illness. En: Walsh F, Anderson C, editores. Chronic disorders and the family. New York: Haworth; 1988.
- Suárez, J. (2015). Apuntes sobre la sociología de Pierre Bourdieu. México.
- Tamez, S., Valle, RI. y Eibenschutz, C. (2005). Aproximaciones teóricas al concepto de capital social y su vínculo con la salud. Rev Salud Problema. México, (10): 18-19
- Tejeda, L., Grimaldo, B. y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Rev. Fac. Sal. Púb. y Nutri. Monterrey, (7):1
- Tovillas, P. (2010). Bourdieu: una introducción. Argentina: Quadrata.
- Ulin, PR. (2006). Investigación aplicada en Salud Pública: métodos cualitativos. Washintongton, D.C: OPS

Uphoff N. (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participants. In: Dasgupta P, Serageldin I, editors. Social capital: a multifaceted perspective. Washington (DC): The World Bank.

Urteaga, E. (2013). La teoría del capital social de Robert Putnam: originalidad y creencias. Reflexión Política. Colombia, (15):29

Vera, C. (2011). Tejiendo sobre los aspectos sociales de la diabetes basados en la experiencia personal. América Latina en movimiento. Extraído el 22 de abril de 2014 desde <http://www.alainet.org/es/active/44062#sthash.bqTaqbOv.dpuf>.

## Anexo 1

### Guía de Entrevista

Fecha: / /

**Introducción.** Saludo. El motivo de la presente entrevista es comprender su experiencia respecto al vivir con diabetes mellitus tipo 2. Esta investigación ha sido autorizada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y la información que usted proporcione será anónima y voluntaria, es decir, sí en algún momento usted se siente incómodo, tiene la libertad de continuar o no sin consecuencia alguna. La información que usted proporcione es con fines de investigación y no condiciona su atención en este Centro de Salud.

La entrevista consta de varios apartados y tiene una duración aproximada de 90 minutos y por ende es necesario que sea grabada para no perder detalle.

#### I. Datos de identificación

1. Nombre
2. Sexo
3. Edad
4. Escolaridad
5. Estado civil
6. Ocupación
7. Lugar de residencia

#### II. Familiograma

Elaboración del familiograma de por lo menos dos generaciones para conocer antecedentes familiares, dinámica familiar e historial de enfermedades.

#### III. Habitus y diabetes mellitus tipo 2

Ahora vamos a comenzar con su historia de vida y nos vamos a remontar a su **infancia**, cuénteme:

##### a) Respecto a su alimentación

8. ¿Cómo era la alimentación en su familia?, podría darme un ejemplo de algún episodio.
9. ¿Quién preparaba los alimentos?
10. Usted, ¿comía lo mismo que sus padres, o le preparaban algo distinto?, ¿Por qué?
11. ¿Le servían las mismas cantidades de comida que a los adultos?, ¿Por qué cree?
12. ¿Cuántas comidas al día realizaban?
13. ¿Frecuentemente se saltaban comidas o hacían ayunos prolongados? ¿Por qué razón?
14. Relátame una comida familiar cuando era pequeño
15. En su familia, ¿acostumbraban a comer fuera de casa?, ¿Por qué motivos?

##### b) Respecto al ejercicio

16. Dígame, ¿sus padres le enseñaron a practicar actividad física?
17. Recuerda, ¿a qué jugaba y con quiénes?
18. Cuando iba a la escuela, ¿tuvo educación física?
19. Podría contarme que actividades deportivas realizó de pequeño

##### c) Autocuidado

20. Platíqueme, ¿cuándo se enfermaba que era lo primero que hacían sus padres? (automedicación, ir al médico)
21. ¿Contaban con un médico de cabecera?
22. Sí le daban algún remedio casero, ¿Quién se lo recomendaba?
23. Únicamente lo llevaban al médico, ¿cuándo enfermaba?

### **Y en su juventud**

#### **a) Respeto a su alimentación**

24. ¿Quién preparaba los alimentos que consumía?
25. ¿Alguno de sus familiares le enseñaron a cocinar?
26. ¿Con quién compartía las comidas?
27. ¿Cómo se modificó su alimentación en este período?
28. ¿Comía fuera de casa? ¿Por qué motivos?
29. En este período, ¿se saltaba alguna comida del día?, ¿Por qué razones?
30. ¿Cuándo empieza a trabajar, cómo cambió su alimentación? Por ejemplo: comía con regularidad fuera o preparaba sus alimentos en casa para llevarlos al trabajo.
31. Sí comía fuera, ¿Por qué? (cercanía, tiempo, gusto, economía)

#### **b) Respeto al ejercicio**

32. Ya en su juventud, ¿por qué (no) practicaba algún deporte por iniciativa propia?
33. Cuénteme, perteneció algún equipo deportivo

#### **c) Autocuidado**

34. En su juventud, su mamá o papá ¿lo llevaban al médico cuándo usted enfermaba? ¿Por qué razones?
35. En este período ¿aún lo llevaban con el mismo médico que en su niñez?
36. Era una opción que al estar enfermo le dieran algún remedio casero, cuénteme ¿por qué?

Cuando usted construye su propia familia, es decir, cuándo decide **vivir en pareja**

#### **a) Respeto a su alimentación**

37. ¿Cómo se modificó su alimentación? (horarios, porciones).
38. Usted y su pareja ¿compartían la preparación de los alimentos?
39. ¿Compartían gustos en la comida, o cómo fue su organización respecto a los alimentos?
40. ¿Comían juntos? Motivos
41. ¿Cuáles eran sus horarios de comida (desayuno, comida y cena)?
42. ¿Cuándo trabajaba preparaba los alimentos para llevarlos o compraba comida? Motivos
43. En esta etapa de su vida, ¿se saltaba el desayuno, comida o cena?
44. Cuándo estaba embarazada, ¿cómo se fue su alimentación?
45. Cuándo llegan los hijos, ¿cómo se vio modificada su alimentación?

#### **b) Respeto al ejercicio**

46. Cuándo ya vivía en pareja, ¿realizaban algún tipo de actividad física? ¿Por qué motivos?
47. Al estar embarazada, ¿realizaba alguna actividad física? ¿por qué? (recomendación médica, por gusto)

#### **c) Autocuidado**

48. Al establecer su familia ¿Quién se hizo responsable de velar por la salud de los miembros? ¿Por qué?
49. Cuando se embarazó ¿acudía regularmente a chequeos médicos? ¿Por qué motivos?
50. ¿Usted acudía a realizarse chequeos de rutina al médico o sólo cuándo enfermaba? ¿Por qué?

## **IV. Experiencia del vivir con diabetes mellitus tipo 2**

### **Antecedentes familiares**

51. Usted a raíz de saber que su familiar tenía diabetes, ¿qué conocimientos tuvo de la enfermedad?

### **Causas de la enfermedad**

52. ¿Por qué cree que se da esta enfermedad?
53. Usted, ¿cómo se dio cuenta que padecía la diabetes?
54. Hábleme sobre su enfermedad y lo que ha significado para usted y su familia.



### **Diagnóstico**

55. ¿Cómo y cuándo le dieron el diagnóstico?
56. ¿Quién le dio la noticia?
57. ¿Cuáles fueron los motivos por los que usted acudió a la institución donde lo diagnostican?
58. ¿Qué sintió en el momento que le dieron el diagnóstico?
59. ¿Qué fue lo primero que pensó?

### **Dinámica Familiar**

60. Una vez diagnosticado (a) con diabetes, ¿cuál fue su reacción? Dígame con detalle
61. ¿Cómo le dijo a su familia?
62. ¿Hubo cambios su vida, en qué sentido?
63. ¿Han cambiado las relaciones entre los miembros de su familia, a raíz de que vive con diabetes?
64. ¿Cómo ha tenido que reorganizarse su familia, en torno a su padecimiento?
65. Cuénteme ¿quién le suministra los medicamentos?
66. ¿Cómo ha evolucionado su enfermedad?
67. Cuénteme, cómo es su vivir con diabetes
68. ¿Usted cuida su diabetes? ¿Por qué?
69. ¿Cómo es su alimentación?
70. ¿Qué es lo que actualmente come?
71. Podría decirme un ejemplo de su alimentación diaria, ¿Qué come habitualmente?
72. ¿Su familia come lo mismo que usted o preparan deferentes alimentos? Motivos
73. ¿Realiza algún tipo de ejercicio? ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia?
74. ¿Ha cambiado su estilo de vida a raíz de padecer diabetes? Cuénteme a detalle en qué aspectos
75. Ha modificado sus actividades cotidianas ¿cómo cuáles?
76. ¿Continúa realizando sus actividades personales, familiares y sociales, como lo hacía antes de vivir con diabetes?

### **V. Capital social**

77. Pensando en todos sus familiares, incluidos aquellos con los que vive, cuénteme con quienes tiene una relación cercana.
78. Relátame, ¿Además de su familia, con quiénes tiene alguna relación de confianza?
79. ¿Cómo es el apoyo que recibe de su pareja en torno a su padecimiento? Por ejemplo cuenta con él o ella para que lo acompañen a sus citas o cuiden de usted
80. Cuando sus familiares no pueden acompañarlo o apoyarlo respecto a acudir al médico, ¿tiene amistades que le apoyen?
81. Algún amigo, vecino o allegado, ¿le ha prestado ayuda por causa de su enfermedad?
82. Además de sus familiares, ¿usted se siente parte de algún grupo? ¿Por qué?
83. Tiene conocimiento de actividades programadas para cuidar su salud. ¿cómo se enteró?
84. ¿Participa en actividades recreativas en su barrio o colonia?
85. Además del Centro de Salud, ¿a qué otra institución puede acudir para el control de su diabetes?
86. Cuénteme, ¿usted acude a algún centro religioso, cómo soporte espiritual?
87. ¿Usted participa en las campañas de salud que se realizan por delegación?
88. Sí aún trabaja, ¿cómo son sus relaciones con sus compañeros de trabajo?
89. En su empleo, ha percibido contar con el apoyo de sus compañeros, por ejemplo; al realizar un festejo se cuida que alimentos y bebidas puede usted consumir.
90. ¿Algo que para usted sea importante sobre su enfermedad y que no se lo haya preguntado?

## Anexo 2

### Consentimiento informado

México D. F.,					
a					
	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “El habitus, dinámica familiar y capital social de las personas que viven con diabetes”, que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en: describir el habitus, la dinámica familiar y el capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 en la demarcación Iztacalco, Distrito Federal.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en que:

1. Una entrevista que será grabada.

También sé que entre los posibles riesgos y efectos para mi persona pueden estar:

1. No hay riesgo alguno, pues no se realiza procedimiento que invada a mi persona física.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

**Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.**

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con \_\_\_\_\_ quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.	Firma:
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)	

Nombre y firma del testigo.	Firma:
-----------------------------	--------

Nombre y firma del testigo.	Firma.
-----------------------------	--------

Nombre y firma del Investigador responsable.	Firma.
--	--------

c. c. p. Paciente o familiar

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

### Anexo 3

### Simbología del genograma/familiograma

