



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

***“Trayectorias de padecimiento de personas con
diabetes tipo 2: un acercamiento desde la Salud
Colectiva”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

Presenta:

Lic. en Enf. Juana Guadalupe Mendoza Zapata M.S.P

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Soledad Rojas Rajs

COMITÉ DE TESIS:

Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

Dra. Maribel Cruz Ortiz

Dr. Oswaldo Sinoe Medina Gómez

Ciudad de México, México, 2022

Dedico este trabajo de manera especial:

A Gabriel y Juana de quienes aprendí la perseverancia diaria.

A Víctor Manuel por ser compañero empático y amoroso.

A Nicolás, tu sola presencia llena de plenitud mis días

A Enrique, Rosario, Aracely, Mary y Lucia, por cada mensaje y palabra dedicada durante este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Cuando inicié este proceso de doctorado, tenía ciertas expectativas, he de compartir que este concepto de trayectorias no solo ha cambiado lo que inicialmente tenía como idea central del trabajo de tesis, sino que ha transformado mi percepción sobre la salud, de mi práctica diaria como enfermera en el sistema público, pero sobre todo como persona.

Al inicio del doctorado quería trabajar representaciones sociales de las personas con diabetes tipo 2 respecto a sus complicaciones, esto no era poca cosa, realmente reforzaba una manera particularmente hegemónica de pensar desde la cual fui formada, primero como enfermera y luego como salubrista; deconstruirme y comenzar a hablar de determinantes sociales, implicó un esfuerzo inicial por comprender la Salud Colectiva y con el trabajo de cada seminario me fui acercando y cuestionando cada vez más, hasta constituir, de mano de la Dra. Sol, el presente trabajo de tesis.

Si de algo me he dado cuenta con el análisis de las trayectorias, es lo imposible de desvincular todo lo que nos constituye como personas: nuestro rol dentro del núcleo familiar, en lo laboral y académico, y por eso agradezco el acompañamiento en este proceso que poco a poco se fue tornando complejo, en el que me convertí nuevamente en estudiante, después en enfermera en la primera línea de defensa en la pandemia y luego en madre, es por ello que expreso mi más grande y sincero agradecimiento a las siguientes personas:

A Víctor Manuel por el trabajo arduo durante mis ausencias, por procurar mi bienestar en todo momento, por ser un gran compañero, porque, en cada etapa, me has demostrado todo tu apoyo y amor.

A Juana y Gabriel por su apoyo incondicional siempre.

A mis hermanas y hermano por su ánimo en todo momento.

A la Dra. Soledad Rojas Rajs por su acompañamiento, por su sororidad, por comprender mis limitaciones, pero también resaltar mis fortalezas.

Al Dr. Edgar Jarillo, Dra. Carolina Tetelboin y la Dra. Oliva López Arellano, por sus contribuciones teóricas y su profesionalismo.

Al Dr. Oswaldo Medina por revisión, recomendaciones y tiempo dedicado.

A Carmen Pérez y Maribel Cruz por darme cada oportunidad de constituirme como una mejor enfermera y un mejor ser humano.

A mis compañeros de generación, especialmente a: Cecilia, Lilian, Diana, Manuela y Estefany, por sus aportes, momentos de discusión y por su amistad sincera.

A mi amigo Braulio por siempre brindarme su apoyo incondicional.

A mis compañeras y amigas enfermeras, muy especialmente a Gisela Chávez, que mientras enfrentábamos el día a día en el Área Covid, y a pesar de las circunstancias, me dio ánimo para seguir en esta meta.

A las personas participantes que han hecho posible esta investigación, por su tiempo, porque a través de sus palabras he podido aprender. Con especial y profundo cariño para cada uno.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: CAMPOS PROBLEMÁTICOS DE LA SITUACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN MÉXICO	4
1.1 Panorama epidemiológico	4
1.2 Desde el riesgo hasta las determinantes	6
1.3 Realidad compleja y determinación social: Abordar la diabetes desde la Salud Colectiva	10
1.4 Algunos discursos sobre diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista.....	13
1.5 Justificación	17
CAPITULO II. ESTADO DEL ARTE, MARCO TEÓRICO Y PROPUESTA TEÓRICA	20
2.1 La producción científica cualitativa sobre padecimiento en personas con diabetes en américa latina	20
2.2 Marco teórico	35
2.2.1 Determinación social de la salud	35
2.2.2 Proceso salud-enfermedad	40
2.2.3 Trayectorias de padecimiento	44
2.2.3.1 Padecimiento.....	44
2.3 Propuesta teórica	56
2.3.1 Complejidad	57
2.3.2 La trayectoria más allá de la subjetividad	58
2.3.3 La concepción del tiempo	59
2.3.4 Embodiment.....	60
2.3.5 Procesos críticos.....	61
2.3.6 Dimensiones.....	63
CAPÍTULO III. TRABAJO EMPÍRICO	66
3.1 Objetivos de investigación	66
3.1.1 General	66
3.1.2 Específicos	66
3.2 Estrategias Metodológicas	67
3.2.1 Tipo de estudio.....	67
3.2.2 Los informantes.....	67

3.2.3 Estrategias de selección de los participantes	68
3.2.4 Técnicas de recolección de la información	68
3.2.5 Estrategia de análisis.....	69
3.3 Aspectos Éticos	71
3.3.1 Nivel de riesgo y consentimiento informado.....	72
3.3.2 Principios éticos nacionales e internacionales.....	72
3.3.3 Prueba piloto.....	74
3.3.4 Adecuaciones debido a la pandemia	75
3.4 Los Hallazgos	75
3.4.1 Características sociodemográficas	75
3.4.2 Dimensión general	79
3.4.3 Dimensión particular.....	93
3.4.4 Dimensión singular.....	107
3.4.5 Los hitos de las trayectorias.....	125
3.4.5.1 El inicio de la trayectoria: El inicio de los síntomas	125
3.4.5.2 La reacción ante el diagnóstico.....	126
3.4.5.3 La adaptación a la enfermedad.....	130
3.4.5.4 Lo que se espera: la trayectoria futura	131
3.4.5.5 La trayectoria de padecimiento de Víctor Hugo	131
3.5 Matriz de procesos críticos.....	140
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	144
4.1 De la responsabilidad individual a la culpa	152
4.2 El Cuidado: Como proceso crítico	158
4.3 Conclusiones	167
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
ANEXOS	195
Anexo 1.- Variables y dimensiones.....	195
Anexo 2.- Guía de entrevista	196
Anexo 3.- Consentimiento informado IMSS.....	197
Anexo 4.- Consentimiento informado	199

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Figura 1.- Estrategia de búsqueda de artículos cualitativos sobre padecimiento en diabetes en América Latina 2000-2018.....	32
Figura 2.- Categorías tras el análisis de los artículos publicados sobre padecimiento en personas con diabetes.....	38
Figura 3.- Categorías principales que conforman el marco teórico.....	45
Figura 4.- perfiles típicos de deterioro de la salud en países sometidos a acumulación acelerada híbrido (Breilh, 2010, pp 207).	48
Figura 5.- Consideraciones teóricas sobre padecimiento.....	62
Figura 6.- Modelo de Levell y Clarck.....	62
Figura 7.- Propuesta teórica de las trayectorias de padecimiento desde la determinación social.....	62
Figura 8.- Plan de análisis.....	75
Figura 9.- Principales hallazgos en las entrevistas sobre la dimensión general....	82
Figura 10.- Principales hallazgos en las entrevistas sobre la dimensión particular	90
Figura 11.- categorías que pertenecen a la dimensión singular.....	104
Figura 12.- Trayectoria de padecimiento de Víctor.....	117
Figura 13.-Procesos críticos identificados a través de las trayectorias de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2.....	140
Figura 14.- El cuidado en la determinación social de las trayectorias de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2.....	177
Cuadro 1.- Dimensiones y categorías que se tomaron en cuenta para la codificación de acuerdo al marco de la determinación social.....	25
Cuadro 2.- Variables bibliométricas de los artículos incluidos.....	26
Cuadro 3.- Diferencias entre los enfoques en las trayectorias de padecimiento ...	55
Cuadro 4.-Características de la propuesta teórica.....	65
Cuadro 5.- Características sociodemográficas de los participantes.....	77
Cuadro 6.- Matriz de procesos críticos en la determinación social de la diabetes tipo 2.....	141

RESUMEN

La diabetes es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y en países latinoamericanos como México. Sin embargo, su abordaje está modelado por la noción hegemónica de riesgo como suma de factores independientes. Desde un enfoque de Salud Colectiva, se considera que los problemas de salud-enfermedad-atención requieren enfoques complejos que permitan comprenderlos y analizarlos desde otros ángulos.

Esta tesis presenta resultados de investigación sobre un análisis de trayectorias de padecimiento desde la determinación social de la salud. Se desarrolló como propuesta sobre “trayectorias de padecimiento”, una categoría con valor analítico para entender la relación dialéctica entre experiencia subjetiva y condiciones de vida en el curso de la enfermedad en tanto síntesis de las múltiples determinaciones de la salud.

El objetivo de la investigación fue identificar procesos críticos, protectores y destructivos en las trayectorias de padecimiento de personas que viven y padecen diabetes, analizando las tres dimensiones de la determinación social de la salud: general, particular y singular.

Respecto a la metodología, se realizó un estudio cualitativo con personas mayores de 18 años diagnosticadas con diabetes, en San Luis Potosí, México. Las técnicas empleadas fueron entrevistas a profundidad, diario de campo y observación participante. Se realizaron 21 entrevistas, todas ellas con consentimiento informado, hasta lograr saturación temática.

Los participantes fueron 21 personas: 12 mujeres (57.1 %) y 9 hombres (42.9 %), con una media de edad de 54 años. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas y posteriormente se realizó un análisis de contenido con el programa Atlas ti.

Las trayectorias de padecimiento permitieron reconstruir la manera en que las y los participantes han vivido y experimentado la diabetes en los distintos niveles:

singular, particular y general. Un importante hallazgo es que los procesos protectores y destructivos se expresan de forma diferencial en las trayectorias. Eso demuestra que considerarlos simplemente como factores protectores (por ejemplo, la pérdida de peso) o factores de riesgo, no responde a la trayectoria de padecimiento de cada persona participante, por lo que el análisis resulta útil para desmontar que solo se requiere manejo médico y conductual de la diabetes, y se propone como necesarias las medidas sociales. Las trayectorias ocurren en el marco de una realidad compleja en la que existen situaciones contradictorias y conflictivas desde el nivel macrosocial hasta el nivel microsocioal.

Palabras clave: diabetes, determinación social de la salud, trayectorias de padecimiento.

ABSTRACT

Diabetes is one of the principal health problems worldwide, as it is in Latin American countries such as Mexico. However, the hegemonic concept of risk as the sum of independent factors shapes how we approach this problem. From a community health approach, we believe that health-disease-care issues require complex methods that allow us to understand and analyze them from different perspectives.

This paper reports the research results on an analysis of illness trajectories from the social determinants of health approach. As a proposal on "illness trajectories," we have developed a category with analytical value to understand the dialectical link between subjective experience and living conditions during the course of the disease as a synthesis of the multiple determinants of health.

The research objective was to identify protective and destructive critical processes within the illness trajectories of people living with and through diabetes, analyzing the three dimensions of the social determinants of health: general, particular, and singular.

Regarding the methods, we conducted a qualitative study with people diagnosed with diabetes over 18 years old in San Luis Potosi, Mexico. In-depth interviews, field notes, and participant observation were the techniques used. We conducted twenty-one interviews, all of them under informed consent until we achieved a thematic saturation.

There were 21 participants: 12 women (42.9%) and nine men (42.9%), with an average age of 54. The interviews were audio-recorded, transcribed, and later analyzed using the ATLAS.ti software.

Illness trajectories made it possible to reconstruct how the participants have lived and experienced diabetes at different levels: singular, particular and general. A significant finding was that the protective and destructive processes are expressed differently in the trajectories. This finding shows that considering them simply as protective factors (e.g., weight loss) or risk factors does not respond to the trajectory of each participant. Therefore, this analysis proves valuable to dismantle the idea

that only medical and behavioral management of diabetes is required; social measures are necessary. The trajectories occur within a complex reality in which we can find contradictory and conflicting situations from the macrosocial to the microsocial levels.

Keywords: diabetes, social determinants of health, illness trajectories.

INTRODUCCIÓN

La situación del padecimiento de la diabetes en México se ha constituido como un tema de prioridad en salud, y desde este punto de vista se ha tratado de explicar y abordar la problemática desde diferentes puntos de vista; entre ellos, desde las determinantes sociales de la salud.

Estas determinantes sociales de salud fueron propuestas desde 2008 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendiéndolas como aquellas condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen. Se planteaba hablar de “determinantes sociales” como un término que simplifica las condiciones de vida de las personas, por supuesto que esto fue un avance en la comprensión del proceso salud- enfermedad en general.

Sin embargo, en América Latina ya existían antecedentes. Desde 1976, año en el cual se inició el análisis desde una perspectiva crítica compleja, el proceso salud-enfermedad comenzó a estudiarse desde la determinación social de la salud. Mientras que desde la salud pública convencional se proponía el estudio de los determinantes sociales a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, en donde lo social es externo, pero jugaba un papel en la generación de la enfermedad (Breilh,1977; Laurell,1982; López, 2017).

En el cual, cada determinante es reconocido como factor de riesgo o componente causal que actúa en distintos niveles respecto al efecto, asignándoles especificidad etiológica diferenciada por otra parte para la Salud Colectiva. Dicha determinación se vincula a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biopsíquicos, y que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica; ya que el proceso salud enfermedad es social en sí mismo y es síntesis del entramado entre estructuras y sujetos sociales con capacidades de acción y de sentido, pero también de una autonomía relativa (López Arellano, 2017).

Es así que la Salud Colectiva reconoce como uno de sus objetos de estudio a la determinación social de la salud, y en este sentido se plantea articular el proceso

salud enfermedad a los procesos estructurales de la sociedad, así como a los procesos particulares y singulares. De esta manera, se entiende que el vivir, el enfermar, el padecer, el recuperarse y el morir se constituyen como producto de la organización de la sociedad, de la estructura de los grupos sociales y de la inserción de los sujetos en la sociedad, de la accesibilidad a la salud y a la vida de calidad (De-la-Torre, 2012).

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva se considera a la vida como un proceso colectivo, histórico y contradictorio, que se caracteriza por su constante movimiento y sus tensiones en función de las relaciones sociales (Breilh, 1995). En ese sentido, esta tesis se centra en la determinación social de la salud, y es desde esta perspectiva que se abordan las trayectorias de padecimiento, tomando en cuenta que a través de estas es posible visualizar las múltiples determinaciones en las personas con diabetes tipo 2.

En esta tesis, la trayectoria de padecimiento se consideró como una categoría con valor analítico para entender la relación dialéctica entre experiencia subjetiva y las condiciones de la dimensión particular y general en el curso de la enfermedad y, por lo tanto, síntesis de las múltiples determinaciones de la salud.

Los objetivos de la investigación fueron identificar analizar los procesos críticos, protectores y destructivos en las trayectorias de padecimiento de personas con diabetes tipo 2.

Para ello esta tesis se desarrolló en tres capítulos. En el capítulo I, titulado “Campos problemáticos de la situación de la diabetes tipo 2 en México”, se muestra cómo ha sido analizada la diabetes tipo 2 desde diferentes perspectivas, así como las contradicciones que surgen y que son un reto desde el análisis de la Salud Colectiva. Mientras que en el capítulo II se desarrolla el estado del arte, el marco teórico y conceptual y la propuesta teórica. En lo que respecta al estado del arte cabe destacar que fue construido como resultado de una revisión documental sobre los artículos científicos publicados del año 2000 a 2018, encontrados en ¿cuáles? plataformas de búsqueda seleccionadas; dentro de los hallazgos existe un predominio desde el abordaje individual, centrado en los estilos de vida. En este

mismo apartado, es posible encontrar el acercamiento teórico y sus principales características.

Finalmente, en el capítulo III se muestra el trabajo empírico, esto incluye los objetivos, las estrategias metodológicas, las implicaciones éticas, seguido de los hallazgos. Se puede resaltar que los hallazgos fueron descritos por dimensión, después se identificaron los hitos más relevantes durante las trayectorias, para después describir la trayectoria de padecimiento. También se muestra la matriz de procesos críticos que fue posible construir desde los hallazgos de la revisión de la literatura y tras el análisis de los resultados en las entrevistas realizadas. Por último, se discuten los procesos críticos más relevantes, así como algunas reflexiones sobre el acercamiento teórico que se realizó.

Vale la pena señalar que esta tesis se suma a la generación de conocimiento desde la Salud Colectiva, y en ese sentido, este trabajo es congruente con las reflexiones de Granda (2004) quien ya comentaba sobre el papel de la Salud Colectiva:

es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); [...] es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos. (p.9)

CAPITULO I: CAMPOS PROBLEMÁTICOS DE LA SITUACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN MÉXICO

Los discursos sobre la salud nunca se refieren solo a dimensiones de la salud, expresan modos de pensar, escribir, hablar sobre la salud y sus prácticas.

Luis David Castiel (2010).

En este capítulo se ha considerado como parte fundamental realizar un análisis sobre los campos problemáticos de la Diabetes Mellitus (DM) en México, a través de diferentes posturas teóricas que incluyen el riesgo, las determinantes sociales, así como hablar de la determinación social de la salud como un abordaje para analizar e investigar este tópico y su situación actual.

1.1 Panorama epidemiológico

De acuerdo a la OMS, el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (OMS, 2016), de las cuales el 80 % vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que, en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. Entre los países con mayor prevalencia destacan: China, con 98,4 y la India, con 65,1 millones. En el caso de África, entre 2013 y 2035 se producirá un incremento del 109 %, llegando de esta forma a 41.4 millones de personas con diabetes (Mora-Morales, 2014).

En América Latina, se calcula que el número de personas diagnosticadas con diabetes podría aumentar de 25 millones a 40 millones para el año 2030. En Norteamérica y los países no hispanos del Caribe, este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS/OMS (2016). De acuerdo a cifras de 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, con un estimado de 244,084 muertes, se destaca también en este año como la segunda causa principal de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida (OMS, 2019).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2018 (ENSANUT, 2018) se estimó la prevalencia de diabetes en México: entre las mujeres mexicanas de 10.3 % y en el caso de los hombres de 8.4 %, y un total de 6.5 millones de personas con DM para el año 2020 las cifras de la ENSANUT, se calculó una prevalencia de diabetes diagnosticada de 11.11%.

Entre los estados con mayor prevalencia de DM se encuentran: Campeche (14.01%), Hidalgo (12.83%) y Tamaulipas (12.77%) son los estados con las prevalencias más altas de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, casos contrario los estados que registran las prevalencias más bajas son: Quintana Roo (7.41%), Querétaro (7.51%) y Aguascalientes (7.56%) (INEGI, 2018,2020).

Cuando se analiza la situación epidemiológica y social de la DM (Diabetes Mellitus), no solo preocupa la incidencia y prevalencia de diabetes, sino también las complicaciones asociadas a esta, como la ceguera, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y otras consecuencias a largo plazo que tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas.

Desde el punto de vista biomédico hegemónico, hablar de las complicaciones, la discapacidad o muerte y los gastos en salud relacionados con la carga económica de los costos directos (asociados al gasto en atención médica, que incluyen servicios médicos, medicamentos y atención a complicaciones) y los costos indirectos (relacionados con el efecto que tienen la mortalidad prematura y la discapacidad, la capacidad de participación de una persona en el mercado laboral y su desempeño en el mismo) (Montesi, 2017). Lo anterior cobra relevancia al tomar en cuenta que la carga económica incide en los resultados que tiene un país en término de desarrollo económico y humano, de la capacidad de su fuerza de trabajo, así como en las condiciones de equidad y pobreza.

Los datos anteriores muestran que la situación de la DM es tan preocupante que se ha constituido como uno de los principales tópicos en salud. Por lo anterior, desde la perspectiva de la Salud Colectiva se busca generar a través de su propio marco de referencia lo que Osorio (2011) llama “complejizar la comprensión

disciplinar del mundo actual” y para ello utiliza la perspectiva de la determinación social de la salud, que constituye uno de los principales objetos de estudio.

Es por ello que Almeida (2006) apunta a defender la necesidad de nuevos paradigmas, propuestas ampliadas y difundidas con el objetivo de fomentar una producción científica concreta, capaz de alimentar efectivamente la Salud Colectiva y posicionarse como una forma de comprender el proceso salud enfermedad.

1.2 Desde el riesgo hasta las determinantes

Es innegable que los datos epidemiológicos muestran una problemática en torno a la situación de la diabetes tipo 2 en México, y para ello han existido diversas formas de analizar y proponer políticas públicas, normativas, así como programas de salud. Como parte de ellos, se han generado intervenciones en salud enfocadas en la prevención primaria y cambios en los estilos de vida. En esas intervenciones, por lo general, existe una minimización de la dimensión subjetiva y existencial del padecimiento en el que se pretende modificar conductas, comportamientos y hábitos individuales sin reconocer que estos están anclados en las formas como las colectividades viven, trabajan, conciben su salud y enfrentan la enfermedad (Medina Gómez y López Arellano, 2010).

Esas intervenciones están fundamentadas en conceptos como “factor de riesgo”, el cual se retoma de la epidemiología hegemónica. De acuerdo con Almeida (2001), cuando se habla de “factor de riesgo” se sostiene que en cada sociedad existen comunidades, familias e individuos con más probabilidades, en comparación con otros, de sufrir un trastorno, enfermedad o problema, es decir, que son más vulnerables.

Desde la epidemiología hegemónica se explica dicha vulnerabilidad, atribuyéndola a características esencialmente individuales (biológicas, genéticas, ambientales y psicosociales), que interactúan entre sí (Breilh, 2003b). La enfermedad aparece como un hecho de origen individual al que se pueden asociar

a otras probabilidades igualmente surgidas desde lo individual. Este enfoque¹, carente de una visión analítica y centrado en el riesgo y la conducta individual, deja de lado el contexto más amplio en el que las personas enferman y padecen la enfermedad (Breilh, 2003b).

La razón por la que se problematiza acerca del concepto de riesgo es porque la forma en la que se explica la enfermedad se refleja en los programas o normativas vigentes a nivel nacional, es decir, no se trata de una cuestión semántica, sino que el concepto refleja el entendimiento y se traduce en la actuación. Es así que, cuando se habla de DM en México, existe una concepción que reafirma lo anterior. Se ejemplificará desde la NOM-015-SSA2-2010 (Diario Oficial de la Federación DOF, 2015) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes y sus complicaciones.

Aquí, llama la atención cómo a pesar de ser la diabetes una enfermedad compleja que ha evidenciado una profunda inequidad en salud, el abordaje preventivo recogido en la NOM, se reduce a la promoción de factores de riesgo individuales. Lo anterior, no pretenden demeritar esas intervenciones, sino enfatizar lo limitado de su análisis.

¹ Es relevante tomar en cuenta que existen diferentes tipos de epidemiología; la epidemiología clásica y la epidemiología moderna, definidas como:

Epidemiología clásica: centrada en el estudio de la población desde lo individual y basada en los principios de la causalidad lineal, logró estudiar los problemas de salud considerando al individuo como parte de un todo poblacional. A causa del desarrollo alcanzado, desarticulaba a la población en sus partes (individuos), y adoptó el concepto estadístico de población como la suma de los individuos, y desde esta perspectiva, la teoría causal de factores de riesgo asumió lo social como un factor de riesgo (Ramis, 2010, 2011 y Morabia, 2008).

Epidemiología moderna: Si bien es cierto se ha nombrado como padre de la epidemiología moderna a John Snow este término, cuando hablamos de epidemiología moderna se ubicaría a la segunda mitad del siglo XX. Se destaca que el término “epidemiología moderna” ha sido utilizado por Rothman en el libro del mismo nombre, algunos autores refieren que de alguna forma contraviniendo lo dicho por Naomar Almeida en su libro “la ciencia tímida”, en el que caracteriza la falta de “timidez” de algunos epidemiólogos anglosajones como la probable fuente de los mayores avances teóricos y metodológicos que se han logrado (Méndez, 2013).

Existen diferentes conceptos que usa Breilh a lo largo de sus textos para referirse a estos tipos de epidemiología a lo que finalmente llama “Epidemiología Hegemónica”, se destaca que también ha usado conceptos como sinónimos, tales como: epidemiología clásica y epidemiología convencional. Congruente a lo anterior considera a la epidemiología crítica como la epidemiología contrahegemónica.

Ejemplo de lo anterior es que, tras evaluar a una persona con riesgo, la NOM propone como intervención que los individuos considerados en alto riesgo de diabetes sean informados de tal situación para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida (DOF, 2015, p. 19). En este sentido, el discurso expresado a través de la normativa vigente para prevenir la enfermedad refuerza el sentido individual, en donde el responsable de su situación de salud o enfermedad es la persona con diabetes.

Recordemos que las normativas nacionales guían las actividades diarias de los profesionales de salud, es decir este discurso se lleva a la práctica.² Esto reafirma la noción de riesgo (aunado a que la propia enfermedad se convierte en el “nuevo factor de riesgo” para futuras complicaciones), centrada en las intervenciones desde el modelo biomédico hegemónico, en las que se plantea modificar conductas, comportamientos y hábitos individuales, y en la cual se minimiza la dimensión subjetiva y existencial del padecimiento (Medina Gómez y López Arellano, 2010).

A través de la epidemiología hegemónica se logró cuantificar no solo la morbilidad y mortalidad, sino también los gastos ocasionados por la enfermedad o los años de vida perdidos. Además, ya desde 1995 se había identificado un comportamiento desigual; por ejemplo, en México el riesgo de morir por diabetes mellitus era 3.5 veces mayor en Chihuahua que en Oaxaca. En este sentido, existen estudios que demuestran la correlación entre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y prevalencia de diabetes por país, concluyendo que un IDH menores son congruentes con menores prevalencias de diabetes tipo 2, y a mayor IDH, mayores son las prevalencias (Mendoza-Romo et al., 2017).

² Como señala Foucault (1982): “si hacemos cosas con palabras, las palabras nos pueden decir sobre las cosas que hacemos, la propia construcción de discursos y lenguajes para instruir aprehensiones teóricas sobre las acciones humanas, sus construcciones, la organización social de la vida”

También la pobreza se ha asociado con una esperanza de vida más corta y un aumento de la mortalidad (Rabi et al., 2006; Winkleby MA, Cubbin C, 2003), sin embargo, no fue suficiente contar con estos datos epidemiológicos y tuvieron que pasar años para que la OMS planteara analizar de otra forma la salud y la enfermedad, a través de la noción de determinantes sociales.

Pero, algo ocurrió: la postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud reprodujo las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000), pues fragmentó la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y eran susceptibles de ser modificados. Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores, pierden su dimensión de procesos sociohistóricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los individuos y de ellos con la naturaleza, y facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, por consiguiente, elecciones inadecuadas de estilos de vida (López Arellano et al., 2011).

Esta situación no ha sido ajena en el abordaje de la diabetes, para la cual se identificaron aquellas determinantes sociales traducidas en “factores sociales”, tales como nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación, accesibilidad a los servicios de salud, dietas hipercalóricas, creencia sobre belleza, salud, género y funcionalidad familiar; factores sociales que fueron individualizados y conformaron lo que Breilh (2011) llama, “neocausalismo”.³

³ Breilh (2013) considera “neocausalismo” al hecho que los “determinantes sociales” son asumidos como factores externamente conectados, que más que una cuestión teórica preocupa por sus implicaciones prácticas de repetir el modus operandi del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales.

En correspondencia con lo anterior, si bien el modelo OMS reconoce determinantes estructurales e intermediarios, lo hace de tal forma que es imposible establecer el nexo histórico real entre las dos instancias. Primero porque, como lo ha señalado el documento base, en los “determinantes estructurales” están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis es en lo que se llama gobernanza y políticas. En segundo lugar, en el nivel de las clases sociales hay una versión lineal de sus componentes (educación–ocupación–ingreso) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo. Finalmente, en el nivel de los determinantes intermediarios, no queda claro cuáles son esas “circunstancias materiales”, si corresponden al terreno individual o al social.

1.3 Realidad compleja y determinación social: Abordar la diabetes desde la Salud Colectiva

De acuerdo con Osorio (2011), el todo es más que la suma de las partes, pero también es, sin duda, menos, para lo cual plantea que aceptar la totalidad como una unidad compleja implica concebirla como una unidad contradictoria, que organiza y desorganiza, que ordena y desordena, para lo cual retoma un concepto de Marx, a saber: “síntesis de múltiples determinaciones”.

La diabetes, desde nuestro posicionamiento teórico en Salud Colectiva se plantea como una enfermedad compleja, que pertenece a una realidad igualmente compleja y contradictoria, en la que a partir de lo concreto se muestra la necesidad de problematizar los abordajes que se han realizado en cuanto a esta enfermedad y que evidencian la necesidad de ir más allá de los abordajes convencionales y hegemónicos, en los que precisamente se ha hablado únicamente de enfermedad, no de las personas, ni de sus subjetividades, mucho menos de un análisis desde la estructura hasta lo singular, en la que se consideren los conflictos, las contradicciones y la reproducción social.

Se tiene una tarea pendiente cuando se problematiza la diabetes en México, pues desde la mirada hegemónica se han dejado de lado algunos datos que permiten caracterizarla de manera compleja, asumiendo que al hablar de complejidad, nos referimos a que es necesario problematizar más allá de lo individual, que en las dimensiones meso y macrosociales, ocurren procesos que impactan, vulneran o provocan sinergia en diferentes aspectos en la vida de las personas, incluso procesos contradictorios que se expresan a nivel de las políticas públicas y los programas, hasta lo que se realiza en la práctica en los servicios de salud, así como en la vivencia del padecimiento.

Aunque desde la epidemiología hegemónica se plantea a la diabetes como un problema individual, en el que se deja de lado el modo de producción y la

estructura del país, y, por ello, en este trabajo nos preguntamos: ¿Por qué no analizar un problema de salud como la diabetes desde una perspectiva de la determinación social? ¿Cómo el neoliberalismo trajo consigo cambios en los modos de vivir y enfermar?, situación que se refleja en la incidencia de enfermedades no transmisibles como la diabetes.

Para responder estos cuestionamientos, desde la Salud Colectiva se han desarrollado perspectivas teóricas (Breilh, 1977; 2003), que enriquecen la discusión, problematización y el desarrollo de intervenciones para las personas con diabetes mellitus. Estas propuestas han permitido poner énfasis en la relación entre estructura social y las condiciones de vida (Laurell, 1997), así como entre estructura social y el proceso de trabajo (Laurell y Noriega, 1989), asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales.

Otra iniciativa teórica ha enfatizado la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo. Como parte de esa línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfaces jerárquicas” (Breilh, 1977; 2003; Samaja, 1993).

Y finalmente, se ha propuesto a la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grandes dominios de la determinación social (Breilh, 1977; 2003):

El dominio general, que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vivir, con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad, y el dominio singular de los estilos de vida y el libre albedrío personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas. (Breilh, 1979; 2010)

En el marco de esta propuesta de análisis de Jaime Breilh, parece relevante discutir los dominios de la determinación en el caso de la diabetes. Si bien aquí este ejercicio será tan solo un ejemplo teórico, es muy relevante realizar este tipo de análisis para el desarrollo de intervenciones concretas para las personas con

diabetes mellitus. Esta reflexión, enfatizará la importancia de las políticas públicas, como parte del dominio general.

Para abordar la DM, existen algunas propuestas como la de Medina y López (2010), que desde la determinación social proponen que en el dominio general se pueden analizar las políticas públicas para la salud (Spinelli, 2008), así como aquellas que impactan en la soberanía alimentaria, regulación de “mercancías” con impacto sanitario, desde comida “chatarra”, etiquetado de productos alimenticios, hasta “productos milagro”. También, el acceso a satisfactores esenciales de salud, educación, recreación, tiempo libre e información (Diderichsen et al., 2002; Medina y López, 2010).

También, dentro del dominio general se pueden analizar de manera puntual estrategias o políticas de salud como la estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes propuesta en el 2013; así mismo, los cambios en los patrones de alimentación, relacionados con la disponibilidad, accesibilidad, y valoración cultural de los alimentos (Olaiz et al., 2007) aunado al fenómeno de las transiciones alimentarias y la modelación de consumos vía publicidad en medios masivos de comunicación (Medina, 2010; Pérez, et al., 2010).

Respecto al dominio particular, podría retomarse la transformación de los modos de vida, expresada principalmente en el predominio de las dinámicas urbanas, los cambios en las condiciones de vida, en los arreglos familiares, en las estrategias de vida cotidiana, las relaciones de poder al interior de los grupos domésticos, así como cuestiones ligadas al género (Arriagada, 2002; Brunner, 1996; Valdés, 2008).

Dentro del dominio particular también tienen cabida los cambios en las dinámicas laborales (Osorio García, 2011) y la precarización del trabajo, que pueden reducir los tiempos para la preparación de alimentos; la ingesta de comida y recreación, que carecen de protección social y generan condiciones de estrés y ansiedad (Minayo y Thedim, 2003).

Por último, en el dominio singular, es posible describir las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, así como el padecimiento de la diabetes, definido

como el fenómeno social cambiante, de naturaleza subjetiva, en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana 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 y/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 (Mercado-Martínez et al., 1999).

1.4 Algunos discursos sobre diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista

Las políticas públicas en salud pertenecen al dominio general y es posible a través de ellas analizar las contradicciones que existen con los discursos sobre la enfermedad. Para enriquecer este análisis, se realiza una breve descripción de las políticas públicas en México en el tema de diabetes, para mostrar que la concepción del problema de salud enfermedad enfatiza en el carácter individual de la diabetes.

Algunos ejemplos son los siguientes: el 23 de julio de 2018, en la página del Gobierno de México se daba a conocer el impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus, señalando inicialmente que:

Debido a la magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento e impacto negativo en la economía nacional que representa la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y las enfermedades relacionadas: sobrepeso, obesidad y problemas cardiovasculares, en México se han implementado políticas públicas con resultados positivos entre la población. (Gobierno de México, 2018)

Ejemplo de lo anterior es que en 2017 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos, reportaron en un estudio que, en 2015, los mexicanos redujeron en 9.7 por ciento el consumo de bebidas azucaradas, es decir, dejaron de tomar 5.1 litros de este tipo de líquidos. Asimismo, incrementó 2.1 por ciento el consumo de agua embotellada, el logro se

atribuye a la implementación de un impuesto a las bebidas azucaradas (Gobierno de México, 2018).

A través de este discurso surgen algunas críticas. Una de ellas es que, al situar la importancia de la enfermedad en relación con su impacto en la economía nacional, se deja de lado a la colectividad a la que enferma y padece. En el blog también se habla de que uno de los “grandes logros” fue la disminución del consumo de bebidas azucaradas, y esto llama la atención porque se individualiza la responsabilidad y no se habla de que el consumo de bebidas azucaradas va más allá de una decisión individual, ni mucho menos se menciona el poder mercantil de las grandes empresas refresqueras, de la disponibilidad de agua potable, de los precios del agua embotellada, del cambio cultural de la alimentación, así como tampoco del discurso capitalista y de las grandes empresas a través de la publicidad con una insistente visión punitiva a nivel individual y no al nivel macro de las grandes empresas.

De acuerdo con Berlinguer (1994), existen en la práctica conductas en las cuales la libertad de elección parece notable, como el uso de cigarrillos o consumo de bebidas. Pero para ellos también existe una oferta organizada y a menudo una publicidad insidiosamente eficaz. Además de hacerlo sobre los casos particulares, se debe actuar sobre los motivos que empujan el consumo, sobre el control de la producción y el mercado.

Retomando las políticas públicas, en la página web se habla de la siguiente medida:

se prohibió la publicidad de alimentos con alto contenido calórico en horarios infantiles: en televisión abierta y de cable, de las 14:30 a las 19:30 horas, de lunes a viernes, y de las 07:00 a las 19:30 horas los sábados y domingos. La restricción en cine aplica para películas con clasificación A y AA. Solamente pueden publicitarse en programas infantiles aquellos productos que cumplan con criterios nutrimentales. (Gobierno de México, 2018)

Desde luego que la medida es de relevancia, pero la pregunta de trasfondo es: ¿por qué nuevamente se centra en lo individual?, ¿qué pasa con la regulación

de las grandes empresas de comida chatarra y el manejo de su publicidad?, ¿existen cambios sociales aunados a los cambios en las familias, los arreglos familiares, la precarización del tiempo para alimentación?, ¿el capitalismo ha mercantilizado incluso la alimentación saludable⁴?, ¿comer saludable ahora es un lujo contra la accesibilidad de la comida procesada?

En México, esta epidemia se acentuó con la firma del Tratado de Libre Comercio (TLCAN) en 1994, cuando empresas de Estados Unidos llenaron el mercado mexicano de alimentos procesados, afirma Fátima Masse (2015). El TLCAN impulsó a empresas de Estados Unidos productoras de alimentos y bebidas a invertir en México, lo que llevó a nuestro país a estar hoy entre los 10 grandes productores mundiales de alimentos procesados, según la Organización Mundial de Análisis en Temas Agrícolas (Grain, 2015).

De acuerdo con lo anterior, no solo habría que analizar la publicidad de la comida no saludable, sino de los mensajes que a partir de las políticas de comunicación en salud se difunden sobre el tema de diabetes. De acuerdo con Rojas Rajs (2016), al analizar la publicidad oficial sobre diabetes en México, no se

⁴ Se entiende como “alimentación saludable” a aquella alimentación que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible, es evidente que este tipo de definiciones se enmarcan en lo que Pereira (2018) analiza como el modelo de alimentación saludable que se posiciona desde un paradigma biológico de la salud, planteando una política de control en relación a la producción, comercio y consumo de alimentos, construyendo un nicho de mercado para las comidas saludables. La alimentación saludable en este sentido genera grandes brechas entre quienes pueden sustentar estos estilos de vida, propios de las clases altas, quienes toman este modelo para controlar las prácticas alimentarias de las clases pobres. De esta forma el modelo de alimentación saludable como concepto es un sistema que se retroalimenta y sustenta en el saber científico, validándose desde los sectores burgueses y aplicándose sobre los sectores más pobres

encontraron mensajes educativos o de promoción de la salud, mientras que sí se habla de sobrepeso, vacunas, imagen institucional y dengue. Al analizar los mensajes en la publicidad oficial de prevención de sobrepeso, la autora destaca que se plantea este problema de salud como una cuestión de elecciones individuales: “cuídate”, “elige”, “decide”, son algunas de las palabras que se usan, sin tener por lo menos una perspectiva de determinantes sociales, mucho menos de determinación social.

Se podría analizar la convergencia de varias situaciones, que por sí solas son complejas y contradictorias. Por un lado, existe una tendencia a la individualización de la responsabilidad, lo que autores como Castiel y Álvarez-Dardet (2007) llaman “una salud persecutoria”; y, por el otro, el discurso capitalista, que sustrae la condición fundamental de la vida humana: la imposibilidad (Schor- Landman, 2015). Eliminar los imposibles, establecer que está prohibido “prohibir”, que todos los goces en exceso son posibles al imponer una circularidad sin límites, sin cortes, con consecuencias mortuorias miserables en los modos de vivir.

Si bien la prevención de las enfermedades crónicas se establece a partir de la mejora en los estilos de vida, no se toman en cuenta las condiciones que la sociedad capitalista apremia y que forman, como llama Luz (2019), nuevos valores de la sociedad capitalista, pero a su vez conforman un lugar hostil en la vida social y para la propia vida individual como totalidad biológica y psíquica. Es así que, al premiar valores como la productividad, finalmente se logra ser productivo laboralmente, a costa de sacrificar horas dedicadas a la alimentación, a dormir, al ocio y al descanso, todo ello con consecuencias en la vida y la salud.

Establecer una postura crítica a través de la Salud Colectiva es necesario para analizar de forma compleja los problemas de salud-enfermedad actuales, puesto que no es suficiente abordarlos a través de los posicionamientos hegemónicos. De manera dominante, la diabetes en México se ha estudiado y abordado a través de factores de riesgo. Al analizarlo desde la determinación social, con una base de origen materialista histórico y teorías críticas, se plantea una forma diferente de abordar el problema, que aporta un cuestionamiento al papel del

capitalismo en su fase neoliberal, para determinar el modo de vivir y de enfermar de diabetes, así como para entender este problema de salud-enfermedad como una situación de clase, pobreza e inequidad.

Permite, sobre todo, analizar las contradicciones entre políticas e intervenciones y sus limitaciones. Por ejemplo, se ha afirmado que el progreso de la diabetes se puede prevenir mediante programas que promuevan una dieta sana y equilibrada junto con ejercicio físico. Lo anterior es contradictorio dado que muchas personas tienen un acceso muy limitado a instalaciones para realizar ejercicio, zonas de recreo o incluso a una alimentación sana, lo que generalmente está asociado a la clase social y a las condiciones socioeconómicas. Esta inequidad nace del modo de producción capitalista, que se acompaña de un discurso que también transforma los valores: de sociales a individuales, en los que refuerza la idea de la responsabilidad individual, mismo discurso que permea todas las dimensiones: social, económica, política y de salud.

Hasta hoy, la situación de la diabetes en México continúa agravándose. Se considera que mientras no se analice la diabetes como un fenómeno complejo y contradictorio, determinado social e históricamente, ligado a los cambios en todos los rubros que acrecientan la desigualdad e inequidad que provocan las sociedades capitalistas, especialmente en su fase neoliberal, las intervenciones y medidas para combatirla serán limitadas. La visión desde la Salud Colectiva puede aportar para la transformación de las determinaciones.

1.5 Justificación

De acuerdo a lo anterior, la situación de la DM no solo muestra la importancia y gravedad a través de las cifras epidemiológicas, sino que a ello se suma la descontextualización histórica social centrada en la patología individual, en la cual se enfatiza en las conductas que las personas eligen por “libre albedrío”, que denotan la importancia en problematizar desde lo que pasa en lo estructural, así como niveles intermedios, que pueden determinar la situación de estas personas, resaltando la necesidad de abordar los principales campos problemáticos cada vez

más complejos, no solo debido al número creciente de personas con DM, sino también por la vulnerabilidad acentuada en las condiciones de pandemia actuales.

Esta tesis de manera inicial se justifica ya que aborda uno de los principales objetos de estudio de la Salud Colectiva, a saber: la determinación social de la salud. Y aporta al trabajo propio de esta ciencia, con el objetivo de fomentar una producción científica concreta, capaz de aportar en la generación de conocimiento en el terreno de la Salud Colectiva.

Así mismo, nace desde el posicionamiento de la salud como proceso histórico y social que se da en el marco de la red de relaciones que se entretienen de acuerdo con la forma, en cómo la sociedad en su conjunto se organiza para garantizar la vida y el bienestar a todos los sujetos, es decir que las relaciones sociales, económicas, políticas, ambientales, culturales generan unas condiciones de vida que determinan la distribución de la salud-enfermedad o muerte de las poblaciones (Almeida, 2000).

Cabe resaltar que existen trabajos que utilizan la determinación social de la salud para el análisis de varios tópicos de esta ciencia. Entre ellos resalta el trabajo en las minas, de Kukoc Paz (2020); el trabajo agrícola, de Almeida (2020); el análisis de procesos críticos de la determinación social de la salud en la afectación al sistema inmune por exposición de agrotóxicos, de García (2020); hasta temas como mortalidad por accidentes automovilísticos, realizados por Montero (2020).

En este sentido, cuando se propone analizar la situación de la DM desde un acercamiento específico de la determinación social, puede considerarse como una aportación al desarrollo y generación de conocimiento en diabetes de una manera no hegemónica, centrada en reflexionar más allá de la individualidad.

Se resalta el hecho que esta tesis contenga una propuesta teórica, que, aunque aún simple, su base y antecedentes nacen de los aportes del conocimiento de la Salud Colectiva. Asimismo, se centra en el análisis de las trayectorias de padecimiento; si bien no es una propuesta nueva, profundiza en su utilización y en considerarla una enfermedad compleja y multicausal.

Sin dejar de lado que es una propuesta que suma a comprender y analizar la situación de las personas desde su padecimiento, asumiendo a la par las limitaciones del abordaje, puede ser el inicio de futuros trabajos que constituyan una línea de investigación, más amplia, que permita hablar de las contradicciones, las críticas y los aportes nuevos.

Existe una tendencia creciente en México y América Latina sobre el uso de indicadores, que, más que hablar de personas como sujetos sociales, se habla de indicadores de adherencia terapéutica al tratamiento; mediciones, en el que los programas se centran ya no en la persona, sino en su medición en números. Es por ello que algunos autores reflexionan sobre cómo la atención a la persona se ha transformado en una producción mecanizada-acrítica para satisfacer el cumplimiento de los indicadores en salud, una situación que se ha convertido en una forma de dominación institucional, basada en relaciones de producción de los servicios de salud, en el que se perpetua el imaginario patológico (Casas et al., 2013).

En este sentido, esta tesis vuelve la mirada a la persona, a la importancia de su trayectoria de padecimiento, capaz de poder mostrar la relevancia bidireccional de lo que pasa desde lo individual a lo estructural. Tomando en cuenta que “El mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales” (Breilh, 2003b, p. 87).

CAPITULO II. ESTADO DEL ARTE, MARCO TEÓRICO Y PROPUESTA TEÓRICA

El conocimiento se hace a costa de muchos intentos y de la incidencia de muchos haces de luz, multiplicando los puntos de vista diferentes. La incidencia de un único haz de luz no es suficiente para iluminar un objeto.
Limoeiro Cardoso (1977)

2.1 La producción científica cualitativa sobre padecimiento en personas con diabetes en américa latina

En este apartado se muestra el trabajo extenso que se realizó para recuperar a través de una revisión de la literatura lo que se ha realizado en el tema de diabetes, se hizo énfasis en lo que respecta a los estudios cualitativos y los hallazgos fueron analizados a partir de la determinación social de la salud.

Por su importancia como problema de salud, la diabetes se ha convertido en un tópico muy relevante para el quehacer científico. A través de la investigación en salud se busca enfrentar y atender este problema de salud enfermedad. Sin embargo, aunque existen múltiples abordajes de investigación en salud, en general el financiamiento se concentra principalmente en estudios biomédicos básicos (Woolf, 2008). En menor medida reciben apoyo los estudios clínicos y, por último, los que menos financiamiento tienen son los estudios sobre salud pública, sistemas de salud o aspectos sociales de los problemas de salud enfermedad (Duran y Muñoz, 2006; Rojas Rajs y Natera, 2019; OMS, 2016).

Existen estudios en los que se demuestra la relación entre complicaciones graves y los niveles socioeconómicos más bajos, así como asociaciones entre descontrol metabólico y grado de marginación (International Diabetes Federation, 2015; Medina Gómez y López Arellano, 2010; Whitining y Roglic, 2010).

Sin embargo, estos enfoques de investigación no hegemónicos no conforman un cuerpo de conocimiento como la investigación biomédica básica y pocas veces están disponibles como referentes de interés para quienes realizan este último tipo de investigación. Esto puede ser contraproducente, puesto que mientras más compleja sea la base de conocimiento sobre un problema de salud-enfermedad, más integral podrá ser la respuesta de cada sistema de salud a este problema. En este sentido, explorar abordajes sobre la diabetes más allá de los dominantes, como su distribución y determinación social hasta la subjetividad y las vivencias de las personas con diabetes, puede mejorar la forma de combatirla y contribuir a orientar la producción de conocimientos científicos hacia los problemas sociales, como señala Kreimer (2006).

En el campo de las revisiones de literatura, suele reproducirse el problema del desequilibrio en la investigación en diabetes. En general existe mayor producción de revisiones sistemáticas sobre el abordaje clínico y técnico, de tratamiento (Millán et al., 2010) y cambio de estilos de vida (Hernández Rodríguez et al., 2015). Todas son de innegable utilidad en la práctica médica, pero esa base de conocimientos se puede complementar con revisiones con enfoque cualitativo sobre aspectos subjetivos relacionados con el padecimiento de esta enfermedad.

La producción científica con enfoque cualitativo sobre las vivencias del padecimiento es cada vez más numerosa y común. Por ello, resultan útiles las revisiones de literatura sistemática y actualizada, tanto para identificar los estudios realizados como para plantear nuevas líneas de investigación y reflexionar sobre los aportes de este tipo de investigación (Goris, 2015).

La investigación cualitativa puede tener múltiples usos, entre los cuales figuran: servir como complemento de estudios cuantitativos, como método para evaluar estos y para la recolección de datos o como una vía de acceso directo a las relaciones sociales. Básicamente, su utilidad se ha constatado en 3 dimensiones: i) estudiar y explicar los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y la enfermedad; ii) conocer cómo la población y los individuos experimentan e interpretan dichos procesos y, por tanto, explicar determinados comportamientos, miedos, rechazos,

adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción; iii) y estudiar las interacciones entre varias personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública (cooperación, competencia, simbiosis) (Calderón, 2015).

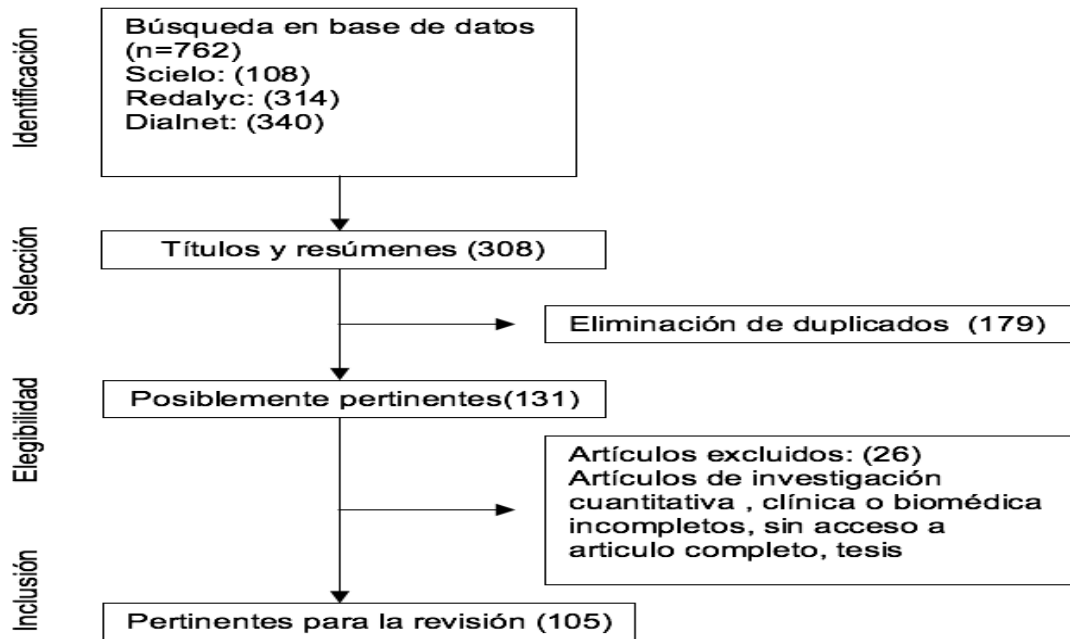
Queda claro que las revisiones de literatura aportan claridad al conocimiento del tema y al mismo tiempo permiten identificar áreas en las que es necesario profundizar, por esta razón se realizó una revisión de la literatura de acuerdo a los criterios básicos de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA). Los criterios de inclusión fueron: artículos originales cualitativos publicados de 2000 a 2018 en las bases de datos Scielo, Redalyc y Dialnet, correspondientes a América Latina y el Caribe, en los idiomas español, inglés y portugués.

Para ello se diseñó una estrategia de búsqueda, considerando los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) de la OMS, en combinación con los descriptores booleanos (Diabetes AND subjetividad, Diabetes AND trayectoria AND padecimiento, Diabetes AND padecimiento OR experiencia, Diabetes AND trayectoria AND enfermedad, Diabetes AND representaciones sociales, Diabetes AND experiencia AND vivencias)

Para localizar los artículos se llevaron a cabo 4 etapas: identificación, selección, elegibilidad e inclusión final. En la etapa de identificación se aplicó la estrategia de búsqueda a cada una de las bases de datos seleccionadas; en total se obtuvieron 762 artículos, para ello se seleccionaron únicamente los resúmenes que se consideraban acorde al tema en estudio no incluyendo estudios cuantitativos (experimentales y no experimentales), tesis, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se continuó con la eliminación de los duplicados. Finalmente, se consideraron pertinentes 131, y, tras una lectura detallada, únicamente 105 artículos se sometieron a análisis.

Figura 1

Estrategia de búsqueda de artículos cualitativos sobre padecimiento en diabetes en América Latina 2000-2018



Fuente: Elaboración propia

Para ordenar los hallazgos, se realizó una base de datos tomando en cuenta las siguientes variables bibliométricas: Autor, año, título, lugar, dimensión de estudio, población, técnica de obtención de información y teoría o enfoque. Así mismo, para un análisis a mayor profundidad, cada artículo fue sometido a un análisis temático con apoyo del programa ATLAS.ti versión 8. Este análisis se realizó tomando en cuenta el marco de la determinación social de la salud (IDF, 2015).

Es de relevancia fundamental por qué se decidió realizar el análisis tomando de referencia la determinación social de la salud de Breilh (1979), ya que no solo permite dar una panorámica general sobre qué categorías y temas se analizan en los artículos cualitativos en los últimos años, sino que también cabe mencionar que es uno de los conceptos fundamentales de la Salud Colectiva y desde la cual se plantea esta tesis.

A través de la determinación social de la salud, se considera a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social.

Por medio de la determinación social es posible identificar distintas formas y jerarquías de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general; es así de relevancia señalar que los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida por un todo social (Breilh 1973; 1979; 2003).

Es posible analizar la determinación social a través de 3 dominios: el dominio general, que corresponde a la lógica estructurante, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vivir, con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular de los estilos de vida y el libre albedrío personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas (Breilh, 1973; 1979; 2003; 2003a).

Estos dominios han sido usados para el ordenamiento de las categorías que surgieron tras el análisis temático. Aclarando que no se individualizan estas dimensiones como “factores”, sino como dimensiones dinámicas, que interaccionan entre sí y pueden ser contradictorias entre ellas.

Para gestionar los artículos, se realizó una base de datos en Excel tomando en cuenta las siguientes variables bibliométricas: autor, año, título, lugar, dimensión de estudio (unidad de análisis cualitativo), población, técnica de obtención de información y teoría o enfoque.

Cuadro 1

Dimensiones y categorías que se tomaron en cuenta para la codificación de acuerdo al marco de la determinación social

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Categorías
Determinación social	Singular	Libre albedrío personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas.	Padecimiento, estilos de vida, actividad-ejercicio, alimentación-dieta, tratamiento, cuidado, complicaciones, adherencia terapéutica.
	Particular	Patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad.	Clase social, Trabajo (condiciones), participación de la familia,
	General	Corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital.	Contexto social, servicios de salud, derechos, responsabilidad del estado, políticas públicas.

Nota. Elaborado con información de Breilh (2003). Epidemiología Crítica. Lugar Editorial.

Debido al contenido variado y al número de artículos analizados, fue posible identificar categorías heterogéneas y diversas. En cuanto a la técnica de recolección de la información que emplearon, el 40 % realizaron entrevista, seguido de grupos focales 29 %, observación participante 5%, trayectorias de enfermedad 2%, historias de vida 3%, se destaca que el 21 % usaron dos o más técnicas de recolección.

En cuanto a la unidad de análisis cualitativo, un 17.1 % abordó las experiencias, creencias 11.4 %, perspectivas 10.5 %, representaciones sociales 9.5%, percepciones 9.5%, trayectorias 7.6 %, significados 7.6 %, prácticas 7.6 %, conocimientos 4.8%, vivencias 2.9%, el 11.4% de los artículos no especifica la unidad de análisis.

En el Cuadro 1, se pueden observar frecuencias y porcentajes sobre teorías y modelos que fueron usados en los artículos que se incluyeron para la investigación, para lo cual se resalta que el 29.5 % no lo especifica, y que la teoría y modelo que más se uso fue la etnografía, seguido de la teoría de representaciones sociales.

Cuadro 2

Variables bibliométricas de los artículos incluidos

Variable bibliométrica	Frecuencia	Porcentaje
Entrevista	42.0	40
Grupos focales	30.5	29
Observación participante	5.3	5
Recolección de la información		
Trayectorias	2.1	2
Historias de vida	3.2	3
Dos o más técnicas	22.1	21
Total	105	100
Experiencias	18.0	17.1
Creencias	12.0	11.4
Perspectivas	11.0	10.5
Representaciones	10.0	9.5
Percepciones	10.0	9.5
Unidad de análisis		
Trayectorias	8.0	7.6
Significados	8.0	7.6
Prácticas	8.0	7.6
Conocimientos	5.0	4.8
Vivencias	3.0	2.9
No especifica	12.0	11.4
Total	105	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3

Variables bibliométricas de los artículos incluidos (continuación)

Variable bibliométrica	Frecuencia	Porcentaje
Representaciones sociales	12	11.4
Teoría fundamentada	9	8.6
Antropología médica	6	5.7
Género	4	3.8
Etnografía	20	19.0
Teoría o modelo desde el que se realiza la investigación		
Enfoque relacional	1	1.0
Teoría Crítica	7	6.7
Fenomenología	10	9.5
Perspectiva comprensiva-interpretativa	1	1.0
Interaccionismo simbólico	3	2.9
Pensamiento complejo	1	1.0
No se especifica	31	29.5
Total	105	100.0

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la Figura 2, se muestra el análisis general por dimensiones y categorías, en la que es posible identificar dos números entre corchetes; el primero se refiere al número de veces que fue posible encontrar esta categoría dentro de los artículos y el segundo dígito se refiere al número de relaciones que la categoría tiene con otra

En lo que respecta a la dimensión general, se agruparon aquellas categorías que correspondían a la lógica estructural, aspectos macrosociales como condiciones político-culturales que se refieren al contexto social, la responsabilidad del estado, derechos, políticas públicas y servicios de salud.

Dentro de la categoría que englobó los sistemas de salud, de acuerdo a Briñez (2016) destaca la influencia de las experiencias en los servicios de salud y las implicaciones en el control de la enfermedad, por ejemplo, describe cómo el control administrativo y burocrático interfiere con el acceso a los medicamentos, por tanto, dificulta el control de la enfermedad.

Otra de las reflexiones referentes a esta categoría es la que realiza el artículo de Castellanos (2014) respecto a la información que los sistemas de salud manejan y transmiten a los pacientes, el autor reflexiona como se ha caracterizado a ciertas enfermedades como la diabetes en “enfermedades crónicas” y otras llamadas “infecciosas”, que son más comprendidas. Sin embargo, los nombres y las explicaciones sobre el origen de las enfermedades crónicas no son claros esto debido a que se ha explicado de manera concisa la causalidad de las enfermedades infecciosas, ligada a la comprobación de la causalidad necesaria y suficiente.

Es así como no facilita transmitir información a los pacientes, sobre el curso de la enfermedad, ni sus consecuencias, comenta que estas atribuciones causales están influenciadas por los servicios de salud y, en ocasiones, entran en conflicto con las explicaciones propias.

En este sentido Page (2017) reflexiona cómo a través de la esfera de la subjetividad nos acercamos a las formas en que los sujetos conciben y viven la salud; piensan y sufren (padecen) la enfermedad; y perciben las ventajas o desventajas de los servicios y recursos de los diferentes sistemas médicos a los que tienen acceso.

Sin embargo, no solo se trata de la información, sino de las recomendaciones dadas sobre cuidado que inscriben en los servicios de salud y que son llevadas a cabo en el hogar. No se aclara que, al ser una enfermedad crónica, puede existir un buen manejo, y no obstante aún estar enfermo; en ese sentido, el autor (Page,2017)

reflexiona cómo se pueden alterar o suspender indicaciones por factores como la sensación de bienestar o la percepción de cura de la enfermedad (cuando desaparecen los síntomas y ya no interfieren de forma significativa en la vida de la persona).

Al analizar los artículos, también se muestran contradicciones tales como lo que se indica desde los servicios de salud y lo que sucede en el contexto de la persona con diabetes. López (2005) lo demuestra en tres expresiones: “todo nos invita a comer chatarra”, “no hay comida saludable para nosotros fuera de la casa”, “nos excluyen en todos los ámbitos”. Habla sobre la exclusión y cuestiona quién puede intentar seguir una dieta dentro de un escenario como este.

En este mismo sentido, Trujillo et al. (2011) sugieren ampliar la visión más allá de lo que pasa en los sistemas de salud, así mismo para ampliar el espectro de intervenciones orientadas a mejorar el control de la diabetes. Afirmar que es indispensable mirar hacia el espacio doméstico y no únicamente circunscribirse en los servicios médicos para explicar el fracaso en el control de la diabetes en la población mexicana.

De esta manera, es importante tener en cuenta la perspectiva de las personas enfermas que puede contribuir a planificar la atención médica y de servicios de salud, ya que ello aumenta la posibilidad de mejorar la calidad de los tratamientos y el autocuidado (Mercado-Martinez y Ramos-Herrera, 2002).

Otra de las categorías que llama la atención, debido a que cuando se investiga sobre diabetes no abunda la información, fueron los derechos. Adailton da Silva (2018) investiga sobre las necesidades y expectativas de las personas con diabetes y dentro de los resultados se encuentran los derechos y las responsabilidades.

Describe que para tener autonomía son indispensables las acciones de promoción que fortalezcan la comprensión sobre los derechos fundamentales y la enfermedad. Reflexiona sobre el acceso a la atención universal, basado en promoción de la salud, incluido el acceso gratuito a medicamentos para tratar y

recuperar la salud. También analiza el deber del Estado que no excluye el deber de las personas, la familia, empresas y sociedad.

En cuanto a la categoría de políticas públicas, destaca el artículo de Campos-Navarro et al., 2002, que pone sobre la mesa desafíos como la formación del personal de salud para la atención de las personas mayores con enfermedades no transmisibles, la creación de políticas sostenibles para la atención paliativa de larga duración y el diseño de servicios y entornos adaptados a las personas.

En lo que respecta al dominio particular, se tomaron en cuenta las categorías: clase social, trabajo y participación de la familia. En participación de la familia (Arganis, 2005) se muestra la diferencia respecto a quién es el miembro de la familia que enferma, así como las diferencias entre ser hombre o mujer. El autor explica que un problema común que enfrentan las mujeres es que se, debido a los roles de género, se deben encargar de la preparación de los alimentos para todos los miembros, quienes a veces se oponen a compartir la dieta de la mujer (enferma), y se ve obligada a comer lo mismo que los demás, situación similar en el caso de cambios en otros estilos de vida.

Otro de los puntos que se toma en cuenta son los cambios familiares a partir de la enfermedad. Cartas Fuentevilla (2012) comenta que los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y de la red de apoyo familiar con la que cuentan. En este sentido, algunos hallazgos describen que el apoyo que se tiene en la familia puede ser fundamental para lograr un control adecuado (López-Ramón et al., 2013).

Uno de los temas que llamaron la atención en la dimensión particular fueron las categorías de clase social y la situación del trabajo. Domínguez Mon (2017) utiliza la categoría “situación de clase” para analizar los cuidados de este grupo de personas. Así mismo, Laura Montesi (2017) retoma a Page (2013) y concluye con la relevancia de reconocer que un concepto más amplio que “clase” es el de “vulnerabilidad” como propuesta para emplearse para el estudio de la epidemia de

diabetes, ya que debe ser de tipo holístico, relacional y de larga duración, que resalte las interacciones entre etnia, clase y género dentro de contextos determinados históricamente.

Por otra parte, también existen otras propuestas para hablar de clase. Mejía y Gómez (2017), en su estudio sobre trayectoria de vida familiar y estilos de vida para estudiar la hipertensión arterial y diabetes mellitus II, propusieron que la clase social fuera asociada al nivel educativo, oficio desempeñado y recurso económico.

Para finalizar con las dimensiones, en el caso de la dimensión singular se encontró un gran énfasis en la categoría padecimiento. Arganis (2005) retoma un recuento histórico entre las diferentes concepciones de padecimiento, resaltando a Fitzpatrick quien considera que la diabetes mellitus ocasiona incapacidad e invalidez, que es vivida y reinterpretada por los individuos que la sufren, convirtiéndose en un padecimiento. Dentro de sus resultados, Arganis (2005) hace una asociación entre padecimiento y autoatención que deriva en una forma de atención donde se incluyen diversas acciones para enfrentar el padecimiento, entre las que se encuentran prácticas preventivas, automedicación (ingestión de diversas sustancias, fármacos y plantas medicinales), así como el seguimiento de dietas, medidas higiénicas y la realización de ejercicio; éstas últimas son recomendadas por la biomedicina como medidas de autocuidado.

Sin embargo, existen otras reflexiones interesantes como la de Cartas (2012), quien destaca el padecimiento como diverso de acuerdo al tiempo en la cronología de vida del paciente. Asimismo, el autor encontró que cuando las personas entrevistadas refieren que les fue diagnosticada la diabetes, manifestaban ver el padecimiento como una enfermedad “mala”; algunas le llamaban “enfermedad maldita” y no la aceptaban; no obstante, después de asistir permanentemente a grupos de apoyo y atención, estas apreciaciones cambiaron radicalmente.

García de Alba (2006) comenta que el esquema cognitivo del paciente 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 puesto que la definición de la

enfermedad va aparejada con la definición de su identidad social, que puede darse para beneficio o perjuicio del paciente.

En lo que respecta a los hallazgos basados en las variables bibliométricas, se puede discutir que, respecto a la técnica de recolección de la información más utilizada que fue la entrevista y los grupos focales, en este sentido, concuerda con lo encontrado en la revisión de la literatura realizada por Mercado (2010) que abarcó los años de 1996 a 2010 en México; se incluyeron 27 artículos cualitativos sobre diabetes y padecimiento, cuyas técnicas de recolección de la información son las mismas descritas.

Uno de los hallazgos que llaman la atención, es que el 29.5 % de los artículos incluidos no emplea una perspectiva teórica o modelo desde el que se estudie el problema. Esto se considera de importancia de acuerdo con algunos criterios de calidad en la investigación cualitativa, se hace énfasis en definir explícitamente el diseño y la metodología de las investigaciones cualitativas (Piovani, 2011). Aquí vale la pena citar a Mercado (2010) pues es un hallazgo frecuente de la investigación cualitativa en salud en América Latina, no solo en diabetes o padecimiento.

En cuanto a los resultados del análisis de contenido, al ser extensos se han retomado algunos puntos para su discusión. Sobre la dimensión general, y la categoría “servicios de salud”, uno de los hallazgos involucra las expresiones de los participantes en estas investigaciones respecto a las dificultades en el control de la enfermedad, asociadas a trámites administrativos y burocráticos; de acuerdo a la literatura disponible, es posible tomar en cuenta cómo puede tener un efecto tanto en el acceso como en la utilización de los servicios, y verse reflejado en los patrones de morbilidad, complicaciones y mortalidad en esta población (Álvarez Castaño, 2009; Fajardo-Dolci et al., 2015; Hirmas Aday et al., 2013; Silva, 2014).

En esta misma categoría se encuentran fragmentos sobre el tiempo de espera para la atención y otras consultas de especialidad o alta especialidad; esto es relevante ya que se ha documentado, como en las últimas décadas, la alta prevalencia, incidencia y mortalidad como consecuencia directa e indirecta de los

determinantes de la diabetes y sus complicaciones. Esto produce una alta demanda de los servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios (Álvarez Castaño, 2009; Fajardo-Dolci et al., 2015).

Tal demanda también se puede relacionar con la alta incidencia e impacto clínico de las complicaciones. Para evitarlo, se requiere el acceso a servicios de especialidad que contrasten con la utilización y la calidad de la atención preventiva en este sector de la población (Fajardo-Dolci et al., 2015; Silva, 2014).

Otro de los hallazgos relevantes para su discusión, son las acciones de promoción a fin de fortalecer la comprensión de los derechos de las personas con diabetes. Esto concuerda con otros autores como Da Silva et al. (2015), quienes discuten la importancia de trabajar la autonomía en las personas con enfermedades no transmisibles y cómo esto constituye un desafío que exige reconocer el derecho de las personas a emitir opiniones y realizar elecciones conscientes y responsables. Como señalan Beauchamp y Childress (como se citó en Silva, 2014), en esta concepción, el respeto por la autonomía implica tratar a las personas de modo que se les capacite a actuar autónomamente.

Como ya se ha mostrado en los resultados, algunas de las categorías relacionadas con la dimensión singular y particular abordan los estilos de vida, específicamente el cambio de la alimentación y la actividad física. Asociado a ello surge la categoría de la participación de la familia, donde se denotan relaciones de poder diferenciadas por género; es decir, los cambios de estilos de vida y cuidado también dependerán de quién es el miembro de la familia que enferma de diabetes. Esto concuerda con los resultados de Salcedo (2008), quien analiza la importancia del género en la forma de enfermar y la evolución de la enfermedad. Entre sus resultados, muestra cómo los hombres reciben más apoyo para su cuidado y adherencia terapéutica; asimismo, exhibe cómo la mujer presenta más situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad que incrementan su vulnerabilidad para afrontar exitosamente su control glucémico y prevenir complicaciones (Salcedo-Rocha et al., 2008).

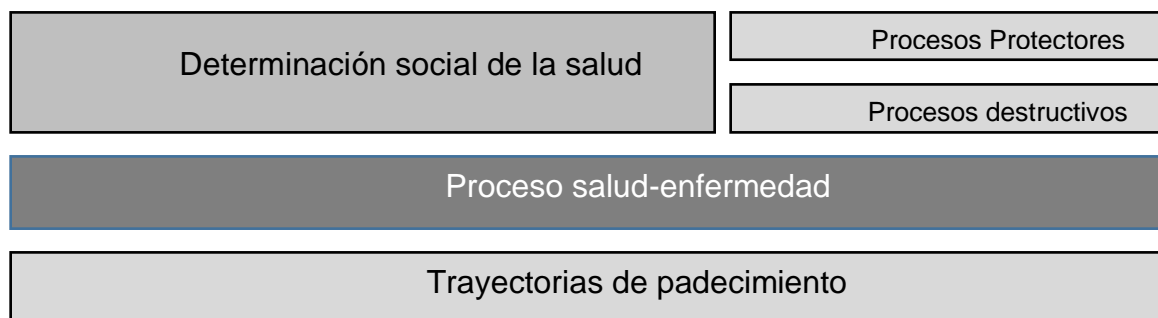
A pesar de que la revisión incluye un número considerable de artículos que se centran en la parte subjetiva de enfermar; es decir, en el padecimiento, también se deben considerar las limitaciones puesto que la producción cualitativa en América Latina sobre diabetes es numerosa y esta revisión tan solo muestra una parte de lo que se encuentra publicado, sería idóneo considerar en estudios futuros aumentar la búsqueda al tomar en cuenta bases de datos como PubMed, e incluso incluir artículos cuantitativos que aborden el tema sobre padecimiento y diabetes.

2.2 Marco teórico

En este apartado se pretende resaltar aquellas categorías y conceptos que se tomaron en cuenta y que dan sentido a esta tesis, mismos que se observan en la Figura 1. Se puede resaltar la determinación social de la salud, específicamente conceptos como procesos protectores y destructivos, seguido del proceso salud-enfermedad, así como trayectorias de padecimiento y conceptos que se desarrollan de manera más amplia a continuación.

Figura 3

Categorías principales que conforman el marco teórico



Nota. Fuente: elaboración propia.

2.2.1 Determinación social de la salud

Cuando se habla de determinación social de la salud, se hace una diferencia entre lo que se conoce como determinantes sociales. Como comenta Breilh (2011), la propuesta de determinación social nace de la reflexión de grupos de investigación de Salud Colectiva en Latinoamérica, adelantándose tres décadas a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud.

En 1976 se definen las primeras nociones de determinación. En su momento, se definió como un “proceso de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (Breilh, 1977, sp.).

Esto marca de inicio una distancia conceptual con las determinantes sociales, cuestión que se evidencia en las prácticas. Si bien autores como Almeida (2000) y Breilh (2011) destacan que existe una utilidad en el modelo de la OMS, pues contribuyó a ampliar el horizonte del pensamiento y análisis en salud, como se comentó con anterioridad, esto sigue atado al causalismo. Repite *el modus operandi* de actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales, visibilizando las relaciones dominantes subyacentes. Asimismo, Breilh (2011) resalta:

Questionamos el modelo empírico de determinantes porque le hace juego a la hegemonía, puesto que denuncia sin revelar, informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante. (p. 8)

Dentro de las principales características de la determinación social, se puede resaltar que se asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual. Sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social mediante procesos de producción y reproducción social (Breilh, 1977).

Algunos otros autores han resumido ciertas características básicas de la determinación social, como la siguiente con autoría de Morales Borrero et al. (2013):

Identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso

salud-enfermedad en lo singular, particular y general, los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida por un todo social. (p. 800)

Se amplía esta concepción considerando que la determinación social revela las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender los procesos de determinación social que conllevan los patrones de trabajo y consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas mal sanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia (Breilh, 2003b, 2010).

Uno de los puntos fundamentales es la crítica que se hace al concepto de “factor de riesgo”, que si bien inicialmente fue analizado por Almeida y Ayres (2009) y Breilh (2003b), realiza a la par un análisis extenso en el que propone lo que le llama “romper” con el concepto de riesgo.

Es de relevancia, de acuerdo con los objetivos establecidos en esta tesis, mostrar la importancia de hablar de procesos críticos y no de riesgos. Desde la publicación del libro de epidemiología crítica, se analizan textos básicos de la epidemiología hegemónica (Backett y Petros, 1985), en el cual la tesis central expone que en cada sociedad existen comunidades, familias e individuos con más probabilidades de sufrir un trastorno, enfermedad o problema y que por lo tanto son más vulnerables. Cuando los autores explican esa vulnerabilidad, la atribuyen a características esencialmente individuales (biológicas, genéticas, ambientales, psicosociales) que interactúan entre sí. En esta lógica, el paradigma propone enfrentar uno por uno los factores de riesgo, asumiendo la individualidad de los mismos, de origen en la persona, y no relacionados entre sí (Breilh, 2003b; Thorton, 2000).

Es por ello que se propone hablar de “procesos críticos”, evolucionar o transitar de la noción de “factor” hacia la noción de proceso, tomando en cuenta la incorporación del principio de movimiento, cambio que recae en gran medida en el reconocimiento de la naturaleza contradictoria de los fenómenos de la realidad (Breilh, 2011). Para ello se resaltan:

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo con los acondicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir se consideran las relaciones sociales de cada espacio y tiempo, es decir con las relaciones sociales- condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro. (Breilh, 2003, pp. 208-209)

Entonces, los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva. En ese caso, se define como un proceso protector o benéfico, mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, se considera un proceso destructivo (Breilh, 2003b, 2010).

Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones o dominios de la reproducción social y además es capaz de tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve la colectividad correspondiente.

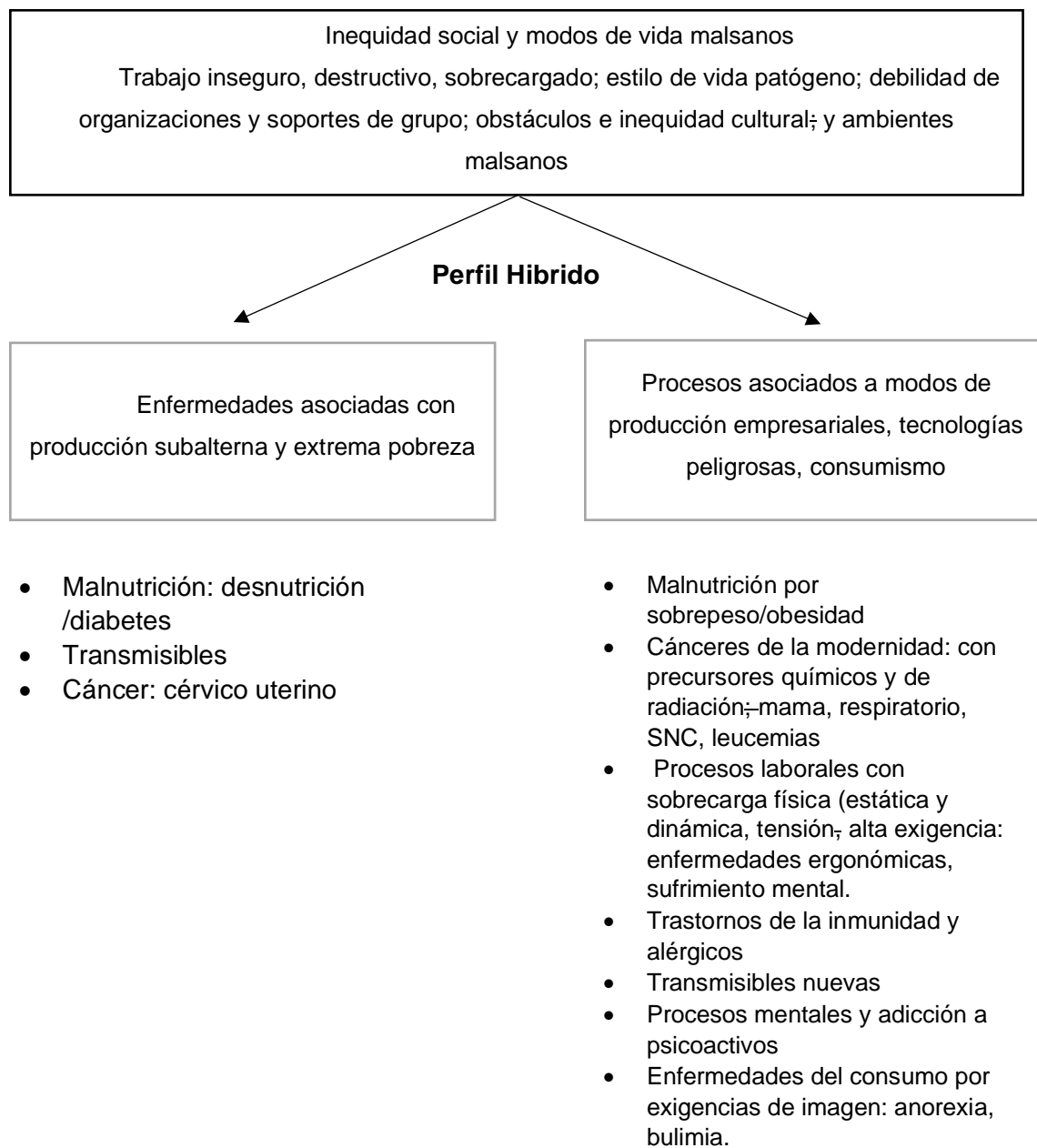
Desde la determinación social de acuerdo a Breilh (2010), también es posible analizar y estudiar la alta prevalencia de problemas de salud. Cabe considerar que existen características epidemiológicas mixtas en los países de América Latina, en donde se vinculan problemas de pobreza extrema y formas secundarias a problemas relacionados principalmente con la producción comercial, tecnología insegura y el tema del consumismo (Figura 4).

De manera similar, se pueden identificar patrones específicos de transición de ecosistemas en regiones donde predomina el comercio y la producción a gran escala, en comparación con aquellos asociados con economías pequeñas (Breilh,

2011). En cualquier caso, estas tendencias no aparecen en forma pura la mayor parte del tiempo, sino en situaciones donde están interconectadas; esto se muestra en la Figura 4.

Figura 4

Perfiles típicos de deterioro de la salud en países sometidos a acumulación acelerada híbrido.



Nota. Elaborado con información Epidemiología: Economía política y salud (p. 207), por Breilh, 2010, Biblioteca ecuatoriana de ciencias.

2.2.2 Proceso salud-enfermedad

A lo largo de la historia han existido múltiples definiciones de salud y enfermedad; cada concepto forma parte de la explicación de los fenómenos en cuestión. Algunos autores ya analizan cómo la palabra “salud” es difícil de conceptualizar debido a que cuenta con características que complican el encontrar una visión única y universal, como son: a) puede ser usada en muy diferentes contextos; b) se parte de presupuestos básicos distintos; c) resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar (Catalán y Talavera, 2012).

En este orden de ideas podemos decir que desde el modelo biomédico hegemónico existió una tendencia a considerar la salud como contraria a la enfermedad. Otros autores como Leriche (1937), definen a la salud como una condición “normal” de la vida. Esto es una concepción similar a la que comenta Canguilhem (1982), quien considera que el concepto de salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y comportamiento orgánico; en este sentido, resalta que hablar de buena salud es un pleonismo porque la salud es el bien anatómico y funcional.

Así mismo, no se puede dejar pasar la conceptualización más conocida sobre la Salud, aportada por la OMS (Organización Mundial de la Salud):

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS,1948)

La definición de salud propuesta por la OMS supuso un importante avance en la comprensión de la salud; sus cualidades principales fueron: es un concepto positivo, no está centrado en la idea de enfermedad, sino en la salud del individuo; es un concepto integral pues se considera al individuo como ser biopsicosocial. No obstante, se le pueden hacer algunas observaciones a esta definición. Es subjetiva en virtud de que equipara bienestar con salud; es utópica: el completo bienestar es un objetivo difícilmente alcanzable. Es estática, pues considera la salud como un estado, mientras que, en realidad, la salud es un proceso cambiante y dinámico (Guerrero, 2008).

En esta misma lógica, ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001).

De este modo, las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con capacidad de considerar la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple, unilateral, para avanzar hacia la descripción y explicación de las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad y la salud de los individuos (Castellanos, 1987; Carro et al., 2002).

Desde los años 80's, desde la Salud Colectiva, Laurell (1982,1986) analizó el carácter social del proceso salud-enfermedad, y cómo se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad que en el individuo.

No obstante, no puede ser cualquier conjunto sino uno construido en funcionalidad de sus características sociales, y únicamente en segundo sitio las biológicas. Es de esta forma puesto que el conjunto no consigue relevancia por ser varios individuos en lugar de uno, sino en cuanto a que nos posibilita aprehender la magnitud propiamente social de este grupo de personas, que de esta forma dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos (Laurell, 1982).

Laurell (1982) agregó que la salud-enfermedad como proceso social se encuentra articulado con procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad. Se pregunta cómo un proceso de la colectividad, lo general, puede determinar los trastornos biológicos particulares llamados “enfermedad” (Carro et al., 2002).

Considerar el proceso salud-enfermedad como un proceso social, lo dota de nuevas características que retoman su carácter complejo, cambiante e histórico. Asimismo, algunos otros autores consideraron que dicho proceso se acompañaba

de la atención a la salud que se desarrolla dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos (Menéndez, 1994, 2005).

En esta misma lógica se considera que el proceso salud-enfermedad-atención supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y solucionar las consecuencias generadas por los daños a la salud (Menéndez, 1994).

Hablar del proceso salud-enfermedad-atención conlleva ciertas características que, de acuerdo con Menéndez (2005), incluyen el padecimiento:

Constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando esta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso salud enfermedad atención. (p. 71)

En el mismo orden de ideas, de acuerdo a Stolkiner y Ardila (2012), la conjunción del proceso salud-enfermedad-atención agregó los diversos modos de respuesta social incorporados como parte inherente al proceso mismo.

Se reestructura la idea de una historia natural de la enfermedad, planteando que es imposible abordar los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de “respuesta social” son también fuerzas productoras del proceso en sí (Stolkiner y Ardila, 2012).

Inicialmente se utilizó el término “proceso de salud-enfermedad-atención”, más reciente remplazado por “salud-enfermedad-cuidado”. Este cambio busca transformar y ampliar la concepción del proceso al incluir “cuidado”. De esta forma,

tendría una connotación más amplia e integral que “atención” al considerar relaciones horizontales, simétricas y participativas (Tejada, 2003) y quitarles la centralidad a las instituciones de salud, reconociendo que gran parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos, a lo que Menéndez (2003) denomina “autoatención”.

Algunos autores sostienen que el objeto del campo de la Salud es el cuidado que debe constituirse en el “alma de los servicios de salud” (Stolkiner y Ardila, 2012). El término cuidado se propone como un concepto que da cuenta de “relaciones horizontales, simétricas y participativas, reconociendo las formas de respuesta social como productoras” (Merhy y De Vega, 2006).

Estos postulados pretenden desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y cuestionar la práctica médica centrada en las enfermedades individuales. “Intentan incorporar la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares” (Stolkiner y Ardila, 2012, pp. 91-94).

En el cuidado no solo se tiene en cuenta la atención médica, sino que una visión más amplia toma en cuenta el cuidado que tienen las personas en su proceso de salud-enfermedad a lo largo de su vida cotidiana y en el marco de su contexto sociocultural. Esto incluye prácticas que utilizan las personas para atender, controlar, aliviar, curar o prevenir determinantes que afectan su salud (Stolkiner y Ardila, 2012).

Otro de los conceptos que se ha asociado al proceso salud-enfermedad es el trabajo; se ha hablado de cómo el modo de producción conlleva cambios o características en el proceso salud-enfermedad-atención. Para ello, es importante considerar algunas conceptualizaciones básicas que explican que el trabajo es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida (Laurell, 1978, 1993).

La producción de la vida material, que siempre se desarrolla dentro y por medio de una forma particular de sociedad (Marx, 1970,1990), ocurre en el proceso de trabajo. El trabajo, entonces, es básico para toda vida social, dado que su

reproducción es imposible sin él. Éste, sin embargo, es el nivel más abstracto de comprensión del trabajo y su proceso, dado que no se especifica bajo qué relaciones sociales ocurre. El principio fundamental del proceso de trabajo bajo el capitalismo, consiste en que se organiza para crear el máximo de plusvalía, y consecuentemente de ganancia; hecho que, como se verá, lo transforma profundamente.

Parece imposible sostener que los requerimientos del proceso de trabajo organizan toda la vida social, por lo menos en una sociedad capitalista en la cual predomina la parte productiva del proceso productivo-reproductivo de la vida social.

Ante esto es relevante analizar que, si el proceso de trabajo organiza la vida, también interviene en la forma de padecer los cambios en salud, aún más cuando es más común hablar de un trabajo que precariza. No es por suerte que en las sociedades capitalistas sea más frecuente la diabetes tipo 2. Ya desde la visión de Berlinguer (2007), se discutía cómo la forma de enfermar está condicionada por factores económicos como el modo de producción. Desde esta tesis no solo se habla de enfermar, sino también de cómo interviene en la trayectoria de padecimiento y cómo condiciona la forma de vivir la enfermedad.

2.2.3 Trayectorias de padecimiento

2.2.3.1 Padecimiento

A continuación, se realiza una revisión de los múltiples conceptos de padecimiento y trayectorias del mismo, considerando que el constructo de trayectorias de padecimiento implicará una postura teórica congruente con la determinación social y como consecuencia también implicaría los componentes metodológicos.

Para comenzar, en el Cuadro 3 es posible visualizar las múltiples formas de entender el padecimiento. Desde la propuesta de Susser (1973) se habla de enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*), cuya diferencia es que la primera se define como la enfermedad objetiva y la segunda como lo percibido por el sujeto.

Entre las definiciones congruentes con el campo de la Salud Colectiva, destacan las consideraciones teóricas de Mercado (1998), quien considera al padecimiento como:

Un fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana 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 y/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. (p. 182)

Aunque esta definición es de utilidad, tiene algunas limitaciones. Si bien menciona que el padecimiento se encuentra enmarcado en las estructuras, no se habla de cómo éstas intervienen en el padecimiento, ni de las relaciones contradictorias que surgen desde lo macro a lo micro y viceversa.

Menéndez (1994), considera al padecimiento como intrínseco al proceso salud-enfermedad, asociado también al modelo de atención, generación de significados y prácticas. Cabe destacar que tanto Mercado (1998) como Menéndez (1994) consideran al padecimiento como un "proceso", y esto es congruente con la concepción de determinación social, que al hablar de proceso lo considera de naturaleza cambiante o dinámica.

Por su parte, Almeida (2001) propone el modelo "Complejo enfermedad-padecimiento-malestar", el cual destaca el componente político e ideológico de la práctica médica, basada en relaciones de poder, así como en el análisis de la distribución diferencial de enfermedades y tratamiento.

Cuadro 4

Consideraciones teóricas sobre el padecimiento

Definición/ consideraciones teóricas	Autor	Características
Propone la enfermedad (<i>disease</i>) como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, y padecer (<i>illness</i>) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo.	Susser (1973)	Realiza una diferenciación entre enfermedad y padecer.
El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar. Por lo tanto, el padecer antecede al malestar.	Kleinman (1978)	Enfatiza la importancia del padecer en su connotación social y cultural.
Propone la categoría "malestar". Considera que le corresponde la misma relevancia que al padecimiento y no subordinada a la enfermedad.	Young (1982)	Analiza a profundidad el concepto de padecimiento y propone una categoría de malestar desde su ordenamiento a la par del primero.
Los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no solo generaran representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de estos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales- colectivos respecto a por lo menos algunos de dichos padecimientos.	Menéndez (1994)	Al hablar del proceso salud-enfermedad-atención, analiza la importancia del padecimiento que generan discursos y prácticas, pero también formas de búsqueda de atención.

Cuadro 5

Consideraciones teóricas sobre el padecimiento (continuación)

<p>Fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana 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 y/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</p>	Mercado (1999)	Se habla de padecimiento en el caso de enfermedades como la diabetes. Enfatiza en la descripción del padecimiento individual.
<p><i>illness</i> hace referencia a la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. Se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo o incapacitado y a su familia.</p>	Lipson (2000)	Padecimiento no individual sino también como vivencia familiar.
<p>Almeida propone el modelo "Complejo enfermedad-padecimiento-malestar", que destaca el componente político e ideológico de la práctica médica, basada en relaciones de poder que propician la distribución diferencial de enfermedades y tratamiento.</p>	Almeida(2001)	Retoma conceptos como práctica médica, relaciones de poder, distribución diferenciada de enfermedades.

Nota. Fuente: elaboración propia.

Como ya se mencionaba con anterioridad, la necesidad de conocer las múltiples formas de entender el concepto padecimiento guían la forma de estudiar, describir y analizar el mismo, así como las fronteras y limitaciones. Como consecuencia existe una forma de entender las “trayectorias de padecimiento”.

Históricamente, cuando se hablaba de trayectorias, se refería al desarrollo o curso de la enfermedad, cuya utilidad no solo era describir clínicamente la enfermedad sino el tratamiento homologado o estandarizado. Sin embargo, al analizar que la enfermedad afecta más allá de lo clínico y al tomar en cuenta la subjetividad, se proponen trayectorias de padecimiento o carrera del enfermo.

Desde la propuesta de Mercado (1998), la trayectoria del padecimiento es asumida como:

El proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efectos a corto y largo plazo, tanto en el individuo enfermo como en quienes le rodean a causa del padecimiento. Cada sujeto enfermo tiene experiencias particulares y únicas con su padecimiento y percibe cambios cualitativos y cuantitativos no solo en su ámbito orgánico o corporal, sino también en otras dimensiones de su vida laboral, social y emocional, a causa de su padecimiento, que se modifican con el tiempo. (pp. 82-183)

En las personas con diabetes, Mercado (1998) encontró tres tipos de trayectorias: las estables, las oscilatorias y las de deterioro continuo. Las personas con trayectoria estable, por lo común se sienten bien y no perciben los efectos de la enfermedad sino en forma marginal. En el caso de quienes presentan trayectoria oscilatoria, fluctúan entre exacerbaciones y mejorías. Por último, se encuentran las personas con trayectoria de deterioro progresivo que altera completamente su vida en lo físico, lo emocional, social, laboral, etc.

Esta forma de entender el padecimiento se caracteriza por centrarse en la naturaleza individual del padecer que, si bien considera las relaciones personales, no analiza el cómo diversas determinaciones desde lo macro y meso influyen en el

padecimiento de manera bidireccional. De igual forma, la propuesta de Mercado (1998) intenta estandarizar los tipos de trayectoria, clasificándolos de acuerdo con lo que pasa en la enfermedad y sus complicaciones, y cómo estos cambios a nivel fisiopatológico alteran las dimensiones de la vida social y laboral. Destaca que lo que pasa en lo personal impacta en el mesosistema y macrosistema, pero no considera que las condiciones macrosociales podrían jugar un papel relevante en el individuo.

En este sentido, al considerar las trayectorias de padecimiento como objeto teórico de análisis, se pone en discusión hablar de determinación social y trayectorias de padecimiento no como categorías separadas, sino en congruencia con el marco de la determinación social (misma que se tratará en el capítulo de propuesta teórica). Se mostrará como la síntesis de las múltiples determinaciones en que se desarrolla el proceso salud-enfermedad.

Esto último es congruente con Bibeau (1988), quien ya señalaba que la complejidad del proceso salud-enfermedad resulta del énfasis del estudio de las experiencias subjetivas de enfermarse, y reafirma la necesidad de contar con una aproximación macrosocial para comprender el contexto local; es decir, explora la relación entre los sistemas semiológicos de significados, las condiciones externas que producen la enfermedad (contexto económico-político y los determinantes históricos) y la experiencia de enfermarse (Moreno-Altamirano, 2007).

2.2.3.2 Trayectorias de padecimiento

Bachelard (1993) sugirió que la trayectoria evolutiva del pensamiento científico sigue la ley de los tres estados. El primero es el concreto y se da a partir de la primera imagen del fenómeno; el segundo es el concreto-abstracto, que se sumará a la experiencia del modelo geométrico representado por la intuición simple; finalmente el tercero, el estado abstracto, en el que el científico se libera de la intuición simple por el razonamiento básico de la intuición. La realidad "funciona, por así decirlo, al nivel de las relaciones fundamentales que sustentan los fenómenos y el espacio" Bachelard (1993) .

En ese sentido, en el campo de las trayectorias de enfermedad y su evolución a las trayectorias de padecimiento o carrera del enfermo, es posible analizar estos estados desde una propuesta concreta en la que se analizan las enfermedades como una trayectoria que forma parte de la historia natural de la enfermedad. Esto a fin de pasar por diversas perspectivas que integran diferentes elementos de variada complejidad, desde la antropología médica, las ciencias sociales, la enfermería, hasta llegar por último al nivel de abstracción sintetizado de la propuesta teórica partiendo de la determinación social de la salud.

El uso de las trayectorias para el análisis de las enfermedades tiene su origen en el modelo de historia natural de la enfermedad desde la epidemiología hegemónica. De acuerdo con Arouca (2018), se encuentra fundamentado en un esquema cartesiano en el cual, en el eje de la abscisa, se considera el tiempo y la ordenada divide dos espacios según la presencia o no de la enfermedad.

El autor señala cómo el tiempo se asocia a una dimensión histórica; es decir, no es una simple cronología donde se tuviera interés en las medidas de duración de los fenómenos, sino en la historia del proceso salud-enfermedad en su regularidad. En otras palabras, el tiempo dependerá del progreso de la enfermedad, en el cual se identifican fases de la misma desde la interacción agente, huésped y ambiente, hasta los signos y síntomas, así como la recuperación o desenlace desde una perspectiva individual.

La identificación de la trayectoria desde la historia natural de la enfermedad tiene el objetivo de afianzar y mostrar la causalidad desde el punto de vista positivista, específicamente de la causalidad de las enfermedades infecciosas.

La relevancia de esta propuesta se identifica históricamente a través del conocido modelo de Leavell y Clark (1965). Cabe resaltar que este modelo marca la pauta de la práctica profesional médica, proponiendo los tres niveles de prevención; el primer nivel o prevención primaria se ubica en el período prepatogénico, mientras que el segundo y tercer nivel o prevención secundaria y terciaria se ubican en el período patogénico. A su vez, dichos niveles de prevención incluyen los llamados niveles de aplicación de medidas preventivas que son cinco y

generan acciones de acuerdo con el conocimiento actual que se tenga sobre las posibles causas relacionadas con el agente, huésped o factores ambientales y también con la factibilidad de que éstos puedan ser contrarrestados.

Esa concepción realizada desde la epidemiología hegemónica evolucionaría hacia la propuesta de trayectoria clínica, definida como una guía de estandarización elaborada por un equipo multidisciplinar que facilita un consenso de actuación frente a una misma situación de enfermedad o proceso con un curso clínico previsible. Describe actividades protocolizadas que se han de llevar a cabo de forma secuencial por los profesionales que intervienen en la atención al paciente y familiares durante la estancia hospitalaria y que son evaluables (Suñe et al., 2004).

Es de relevancia reflexionar sobre el papel del enfoque social en sus inicios. En ellos se buscaba evolucionar desde la unicausalidad a la multicausalidad, y ya no considerar lo social como un escenario sino también como un determinante. Aunque de manera histórica ya existieran estudios de la llamada medicina social que proponían la multicausalidad (por ejemplo, los estudios de Chadwick (1966) sobre *The sanitary conditions of the labouring population of Great Britain* en 1842), aún no eran considerados en la explicación y comprensión de las enfermedades y consideraban más las condiciones ambientales que los elementos sociales más complejos.

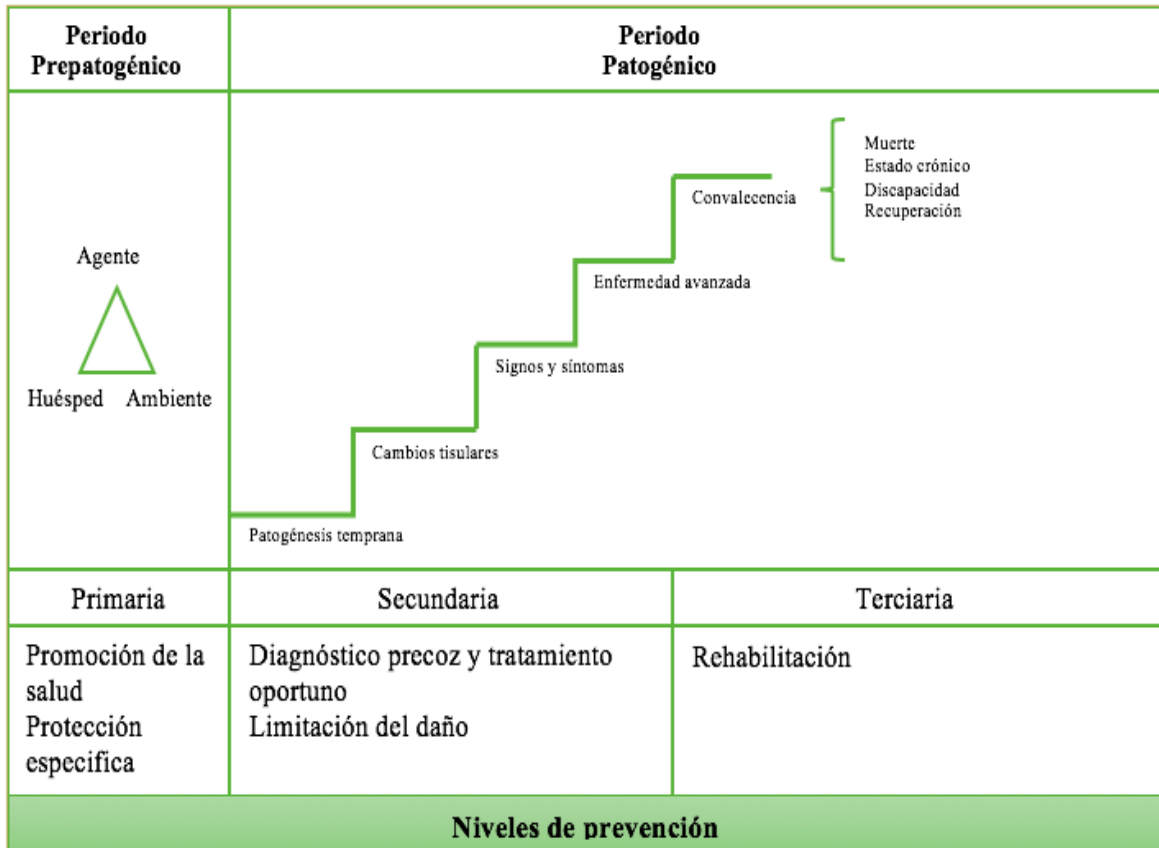
Ejemplo de lo anterior es lo comentado por Arouca (2018), quien señala cómo en el modelo original de Leavell y Clark (1965) el factor social participa simultáneamente como una característica causal del hospedero o del medio ambiente, en el caso del hospedero retomado en características como el estatus económico social y el sexo (Figura 6).

Las críticas a las características de este modelo causal y principalmente a lo que refiere lo social llevaron a que se introdujesen modificaciones como la de Nunes (1970), Arouca (1970), García (1971), que incluyen todo el paradigma por el contexto social, económico y cultural. Sin embargo, en la realidad, lo que se tiene es la elección de lo social, ya que no aparece como un mecanismo explicativo, pero

sí referido simplemente, o como un envoltorio del modelo que después se intentaría ampliar desde las determinantes sociales de la salud.

Figura 5

Modelo de Levell y Clarck



Nota. Adaptado por Leavell y Clark, 1965, adaptado por Fraga Vallejo, Valles- Medina, y Hernández Serrano.

Dichos aportes teóricos se dan de manera simultánea al surgimiento y análisis de enfermedades no infecciosas, cuya explicación no se adaptaba al modelo de la historia natural de la enfermedad debido a la ausencia de un agente biológico causal.

En este sentido, surgieron propuestas para introducir lo social y la subjetividad en el caso específico de las trayectorias. Éste es el caso de Mercado (1998), quien retoma a Vaitsman (1992) cuando anota que un concepto ampliado

de la salud no solo puede considerar la enfermedad como resultante de las formas de organización social de la producción, sino que también debe recuperar el significado del individuo en su singularidad y subjetividad en relación con los otros y con el mundo.

Mercado (1998) problematiza, con base en diversos autores como Engel (1977), la explicación de la enfermedad a partir de las desviaciones de la norma de las variables biológicas que son medibles; ya sea de tipo bioquímico, radiológico, inmunológico, etc. (Fabrega, 1972). Destaca el carácter excluyente al dejar de lado las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los individuos enfermos sin considerarlas parte de la causalidad de su conceptualización, ni de las acciones ligadas a la atención de la misma. Asimismo, al sustentarse exclusivamente en los aspectos biológicos y considerarlos como objetivos, omite o rechaza cualquier alusión a la subjetividad.

Esta propuesta de trayectorias de padecimiento las aplicaría en sus investigaciones sobre enfermedades no transmisibles como la diabetes. Es así como propone hablar de trayectoria de padecimiento o carrera del enfermo. A pesar de lo anterior, cabe señalar que, aunque problematiza la necesidad de lo social, finalmente se enfoca en lo singular; es decir, en lo individual.

Él mismo afirmó que la posición que adoptó sobre el tema coincide con la de autores como Scheper-Hughes y Lock (1986), Singer (1989) y Alves (1993), al prestar atención a los fenómenos micro, en este caso a la experiencia del padecimiento en el marco de los procesos que producen y reproducen los individuos enfermos desde su subjetividad.

De acuerdo con sus hallazgos a lo largo de su experiencia, resaltó que cada sujeto enfermo tiene experiencias particulares, únicas con su padecimiento y puede percibir cambios cualitativos y cuantitativos no solo en su ámbito orgánico o corporal, sino también en otras dimensiones de su vida laboral, social y emocional, a causa de su padecimiento, mismas que se modifican con el tiempo (Mercado et al., 1998).

La carrera del padecimiento, en cambio, la concibe como:

El proceso en el cual los sujetos enfermos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento. Y, más que un proceso estático y unilineal, se trata de un proceso cambiante en el cual se incluyen las formas y modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modelos de atención existentes en su medio, así como los recursos materiales y simbólicos disponibles. (Mercado, 1997 p.20-26)

Como se ha mostrado, hablar de trayectorias depende del punto de vista que se analice para estudiar la enfermedad, la subjetividad o el padecimiento.

Otro de los autores que ha realizado aportes teóricos en las trayectorias o carrera del enfermo es Menéndez (1997), quien aborda el modelo de atención en el proceso salud- enfermedad. Desde la antropología médica, analiza cómo la identificación y descripción de las formas de atención se inicia a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos.

Destaca cómo a partir de la trayectoria de la "carrera del enfermo" o "carrera del paciente", se pueden identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado. Pero, además, a través de los conjuntos sociales se puede observar el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo y no los usos excluyentes. También, agrega que a través de las perspectivas y los usos de los diferentes actores significativos (Menéndez, 1997) se detecta la variedad de articulaciones que éstos realizan respecto a las diferentes formas de atención que potencialmente pueden utilizar en un contexto determinado. La mayoría de esas articulaciones se generan a través de las acciones que los sujetos y grupos realizan para poder reducir o solucionar sus problemas.

Finalmente, en el Cuadro 4 se describen las diferencias y principales características entre las tres principales posturas desde las cuales se evoluciona hacia la trayectoria de padecimiento: la epidemiología hegemónica, la antropología médica y lo que proponemos desde la determinación social de la salud.

Cuadro 6

Diferencias entre los enfoques en las trayectorias de padecimiento

Epidemiología	Antropología médica	Determinación social de la salud
<p>Las trayectorias clínicas de enfermedad en curso, desarrollo o historia natural de la enfermedad, homologación de los procesos, con limitaciones, especialmente cuando aparecen las complicaciones sanitarias y sociales.</p>	<p>Se asume como aquel proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte. Incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efectos a corto y largo plazo, tanto en el individuo enfermo como en quienes le rodean a causa del padecimiento (Mercado et al., 1998). El proceso en el cual los sujetos enfermos buscan seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento (Mercado et al., 1998).</p>	<p>Se retoman las fortalezas de sus antecesoras, como herramienta para explorar no solo la singularidad sino también dimensiones particulares y generales. Se concibe a las trayectorias de padecimiento como síntesis de las múltiples determinaciones, desde la categoría singular a la particular de acuerdo con Breilh, en el que existe una relación dialéctica y contradictoria. Útil para identificar procesos críticos tanto protectores y/o destructivos.</p>

Nota. Fuente: Elaboración propia.

2.3 Propuesta teórica

Desde la Salud Colectiva se han realizado aportes en el objeto de estudio específico. Si bien esta tesis se suma al trabajo propio de la Salud Colectiva, es necesario señalar cómo a través del desarrollo de la misma se ha trabajado para realizar una aproximación teórica que propone una forma de abordar y comprender cómo se materializa la determinación social de la salud en las trayectorias de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2. Desde luego, esto requiere un trabajo más arduo tanto teórico como empírico al ser el primer bosquejo de la propuesta teórica. Como ya analiza Samaja (2004), desde la perspectiva pragmático-crítica una teoría comprende un dispositivo heurístico configurado en tres etapas o fases (Almeida-Filho, 2020): marco referencial filosófico: epistemología, lógica y método; proceso de problematización: definición del objeto de conocimiento y construcción de conceptos, incluyendo terminología; marco teórico: modelo y modelado (determinantes, efectos, incluso mensuración). Aunque esto es tan solo una propuesta o aproximación, se realizó una revisión teórica sobre los conceptos: determinación social de la salud, padecimiento y trayectorias, así como una búsqueda exhaustiva de producción de la literatura que ya se mostró con anterioridad.

Cabe señalar la importancia de la epidemiología hegemónica como una herramienta indispensable para comprender la salud en diferentes sociedades, así como su papel esencial en la salud pública; sin embargo, también han surgido cuestionamientos por los principales teóricos de la Salud Colectiva que han sometido el razonamiento epidemiológico clásico a nuevas interrogantes (Breilh, 2013).

De acuerdo a Breilh (2011), el avance de la ciencia requiere de ciertas confrontaciones, mismas que ejemplifica de manera histórica desde el conflicto entre el contagionismo conservador y la teoría miasmática; la confrontación entre las explicaciones unicasales y los trabajos de la medicina social; modelo multicausal, desde la teoría del riesgo, versus el paradigma de la epidemiología crítica.

A través de estas confrontaciones se busca el avance del conocimiento, pero al mismo tiempo reconocer que el cuestionamiento no solo busca proponer sino retomar las ventajas de los antecesores. Es así que, aunque esta propuesta es aún simple, se suma al avance de la generación del conocimiento desde la Salud Colectiva.

A continuación, se desarrollan las características sobre trayectorias de padecimiento desde la Salud Colectiva, específicamente desde la determinación social de la salud. Cuando en esta tesis se habla de trayectorias de padecimiento, se refiere a que es una categoría de valor analítico y metodológico; a través de las trayectorias de padecimiento es posible reconstruir las múltiples determinaciones sociales de las personas con diabetes tipo 2.

2.3.1 Complejidad

A lo largo del texto se expresa que la diabetes tipo 2 es una enfermedad complicada. Se hace referencia a un objeto de estudio complejo que se desarrolla en una realidad a su vez compleja y contradictoria. Es indispensable mostrar y tomar en cuenta a qué se refiere con el término “complejo”. Para ello, se retomará el análisis de Almeida (2006), en el cual se analizan desde la Salud Colectiva las implicaciones teóricas cuando se habla de un “objeto complejo”. El autor retoma que la característica de complejidad puede asumir distintas características (Edmonds, 1996). El objeto complejo es mínimamente un objeto modelo sistémico, es decir, forma parte de un sistema de totalidades parciales y puede ser comprendido como un sistema en el que se pueden incorporar totalidades parciales de nivel jerárquico inferior (Samaja, 2004). Puede llamarse objeto complejo a aquel que, en su forma de objeto heurístico (Bunge, 1974), no puede ser explicado por modelos lineales de determinación.

Metodológicamente, el objeto complejo es aquel que puede ser aprehendido en múltiples estados de existencia, dado que opera en distintos niveles de la realidad (Almeida-Filho, 2006). Almeida (2006) agrega que el objeto complejo es multifacético y puede ser blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravasando los recortes disciplinares de la ciencia. De allí que para construirlo

como referente son precisas las participaciones transdisciplinarias (Almeida-Filho, 2006).

En este sentido, el panorama actual de las personas con diabetes tipo 2 se considera un objeto de estudio complejo en el que la situación de las personas y sus trayectorias de padecimiento son determinadas a múltiples niveles y dimensiones que se encuentran en una continua relación dialéctica. Así mismo, no se trata de una situación u objeto lineal, sino que requiere de un análisis profundo en el que converjan múltiples puntos de vista, interdisciplinarios y transdisciplinarios, a partir del cual se pueda señalar que un proceso crítico puede implicar a múltiples dimensiones. Esto puede identificarse como un proceso benéfico en una trayectoria de padecimiento; puede que no lo sea en otra, incluso tornarse destructivo o ser dinámico, dependiendo el momento dado de la trayectoria.

2.3.2 La trayectoria más allá de la subjetividad

Dentro de los principales conceptos que se revisaron sobre trayectoria, se podrían destacar dos principales: por un lado la de origen en la historia natural de la enfermedad que se retomó con anterioridad y se describe de manera lineal de acuerdo al avance de la enfermedad desde el periodo prepatogénico al patogénico (Leavell, 1965), y por otro lado la propuesta desde la antropología médica (Mercado et al., 1998) en la que el punto central es la subjetividad de vivir la enfermedad y se nombra trayectoria de padecimiento o carrera del enfermo.

En este sentido se pretende pensar de forma distinta y sumativa respecto a la trayectoria del enfermo que solo está construida desde la subjetividad y la individualidad, como en el caso de la descripción que hace Mercado (1998). En contraparte, en esta tesis se trata de ver cómo se materializan en la vida del enfermo desde la dimensión singular, particular y general, las múltiples determinaciones; es decir, que la trayectoria del padecimiento no surge únicamente desde la subjetividad, sino que ésta también se genera y se determina desde los procesos macrosociales. En consonancia con lo anterior, los procesos que suceden a nivel del mesosistema, en el núcleo cercano de la persona con diabetes tipo 2, no son lineales o unidireccionales, sino bidireccionales de lo macro a lo micro y viceversa.

Esto con la posibilidad de que en cada dimensión se puedan visualizar cada uno de los procesos críticos, así como las contradicciones entre los mismos que constituyen y se materializan en la trayectoria de padecimiento.

2.3.3 La concepción del tiempo

Otra de las características fundamentales de esta propuesta es la concepción del tiempo. En la epidemiología hegemónica, en el modelo de la historia natural de la enfermedad, el tiempo tiene una reflexión particular, lineal. Se refiere al tiempo de la enfermedad; es decir, en el periodo prepatogénico y patogénico, el tiempo se clasifica de acuerdo con la evolución de la enfermedad.

En la idea de la determinación social, al referirse al tiempo se considera la historicidad. A través de ésta es posible visualizar procesos no lineales y de evolución compleja en el proceso salud-enfermedad. Se pueden visualizar hitos como producto de la acumulación y que pueden ser el resultado de múltiples determinaciones de su interacción e incluso de su contradicción. Cada dimensión singular, particular y general está ocurriendo al mismo tiempo; en cada cruce del tiempo o periodo dado, puede mostrarse esta complejidad que se desarrolla en la vida de las personas.

Por eso, en las trayectorias de padecimiento se incorpora la noción de proceso en el tiempo y por tanto supera la mirada de la enfermedad como un resultado estático. Desde luego que en estas trayectorias es posible identificar ciertos hitos de gran impacto en el proceso salud-enfermedad que se titulan “situaciones límites”, retomando a Aguirre (1993) muestra que durante lapsos inmediatos en los que suceden los acontecimientos cotidianos, puede presentarse una situación límite, definida como:

Una situación que rompiendo la cotidianidad normal y sus mecanismos de funcionamiento habituales, lleva hasta el límite los rasgos más característicos y profundos de esa misma vida ordinaria, una condición de exacerbación extrema creada por la ruptura de su funcionamiento habitual. (Aguirre, 1993, p. 24)

Algunas situaciones límites pueden pasar a la par de un proceso crítico, así como no necesariamente una situación límite puede ser asociada a un proceso crítico.

2.3.4 Embodiment

Se retoman las concepciones de Krieger (2021) sobre *embodiment*. Esta concepción ha sido tomada en cuenta principalmente por nacer del cuestionamiento y buscar dar respuesta a:

¿Cuáles son las conexiones que nuestros cuerpos humanos establecen y manifiestan con situaciones como la injusticia, la enfermedad y la muerte, por un lado, y la justicia social, los derechos humanos y el bienestar, por el otro? o, dicho de otra manera: ¿Cómo se reflejan los contornos del poder y la inequidad a través de las distribuciones poblacionales de salud, tamaño corporal, enfermedad, discapacidad y muerte? (Krieger, 2021, p. 22)

El concepto de *embodiment* o en español “encarnación”, se refiere a que lo manifestado en nuestro cuerpo es simultáneamente una expresión de nuestras experiencias en la palabra y su incorporación literal dentro de nosotros. Implica cómo incorporamos biológicamente nuestra experiencia vivida, creando así patrones poblacionales de salud y enfermedad (Krieger, 2016).

En el caso de las personas con diabetes tipo 2, no solo importa la situación patológica, sino cómo procesos como el trabajo, las actividades cotidianas, el cuidado de sí mismo pueden manifestarse en el cuerpo. Lo que se ha llamado resultado de la adherencia terapéutica, realmente puede ser el resultado de múltiples procesos de dimensiones más allá de la singularidad que se denotan y se muestran en el cuerpo.

Un ejemplo de ello es la pandemia, un proceso crítico de la dimensión general que determinó la trayectoria de padecimiento de las personas, llegando a interferir en todas las esferas de la vida de la persona, como son: en el acceso a los servicios de salud, cambios a nivel familiar, en las condiciones laborales, niveles de estrés y ansiedad, acceso a los medicamentos, por mencionar algunas. Esto a su vez se

expresó en cambios a nivel orgánico, “encarnándose”; es decir, detonando procesos que ya se gestaban o eran acumulativos como el desarrollo de complicaciones o cambios negativos a nivel orgánico. Asimismo, a pesar de hablar de personas con diabetes tipo 2 en general, algunas personas se encontraban en situaciones de mayor vulnerabilidad e inequidad que se evidenciará de forma diferente en la encarnación.

Cabe señalar que cuando se habla de *embodiment*, se acompaña de un constructo esencial que para su comprensión se retoman en esta propuesta: **Vías de encarnación**. Se refiere a cómo a menudo existen vías que involucran múltiples niveles, estructuradas simultáneamente, por ejemplo: arreglos sociales de poder y propiedad y formas cambiantes de producción, consumo y reproducción, limitaciones y posibilidades de nuestra biología como están establecidas por la historia evolutiva de nuestra especie, nuestro contexto ecológico y nuestra historia individual, esto es, trayectorias de nuestro desarrollo biológico y social (Krieger, 2001, 2013).

2.3.5 Procesos críticos

En el capítulo uno se desplegó “proceso crítico” debido a que los objetivos de esta tesis están enfocados en su identificación y análisis, pero aquí se recuperan algunas concepciones teóricas relevantes.

Congruente a la concepción no lineal de tiempo, se encuentra la concepción de la salud como proceso, desde la integralidad, que propone superar la visión unidimensional de la epidemiología hegemónica con su visión fragmentada y estática de los “factores”. Por ello, desde la Salud Colectiva se recupera la dimensión temporal histórica (Breilh, 2003).

Precisamente por la estructura lógica que mira la realidad como atomizada y estática desde la epidemiología hegemónica; es decir, centrada en el presente de riesgos, Breilh (2003b) teoriza:

Salir de ese presente lineal y congelado en asociaciones – con sus conjunciones constantes- es solo posible mediante una ruptura

epistemológica que incorpore la complejidad y el movimiento; realidad como proceso, con un pasado (base histórica) y con una noción instrumental de futuro (utopía) articulada a una concepción clara del modelo humano. (pp. 208-209)

Por consiguiente, la ruptura de la noción “factor” hacia la noción de “proceso”, va más allá del uso de un concepto porque implica la ruptura con el principio de identidad y la incorporación de la cualidad de movimiento, congruente a la naturaleza contradictoria de los fenómenos de la realidad (Breilh, 2013).

De esta manera, los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo con los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo; es decir, de acuerdo con las relaciones sociales donde se desarrollan condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro (Breilh, 2003b).

Entonces, los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres) (Breilh, 2003b). Cuando un proceso se torna beneficioso se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/ o colectiva. En ese caso, el autor lo llama proceso protector o benéfico, mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llama proceso destructivo (Breilh, 2003b).

Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve la colectividad correspondiente.

Los procesos epidemiológicamente activos se desarrollan en el seno de una formación social y son enmarcados por las posibilidades reales de cada modo de

vida y sus relaciones. Sin embargo, se concretan en el movimiento específico de un estilo de vida. No se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino que en su desarrollo concreto los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas, según si su operación desencadena mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos o fenotipos humanos del grupo involucrado (Breilh, 2003b).

Algunas consideraciones sobre los procesos críticos asumen que pueden ser permanentes, contingentes o cambiantes de acuerdo a si el modo de vida sufre una transformación. Puede tener un carácter contingente cuando haya momentos donde su proyección sea de una u otra naturaleza. Los procesos según su importancia en la definición del carácter de la vida y su peso en el modo de vida correspondiente pueden provocar alteraciones de mayor o menor significación en el desarrollo epidemiológico.

2.3.6 Dimensiones

A través del capítulo 1 fue posible ya introducir y problematizar sobre las dimensiones que se tomaron en cuenta desde la determinación social de la salud, así como la dimensión general, singular y particular con sus categorías: a) Dimensión general: el modo de producción, políticas públicas, territorio; b) Dimensión particular: condiciones de vida, territorio, atención a la salud, condiciones de trabajo; c) Dimensión singular: subjetividad, diferencias de género y sexo, cuidado. Se destaca que la trayectoria de padecimiento no surge únicamente desde la individualidad, sino que es moldeada e influenciada desde la dimensión general y la particular.

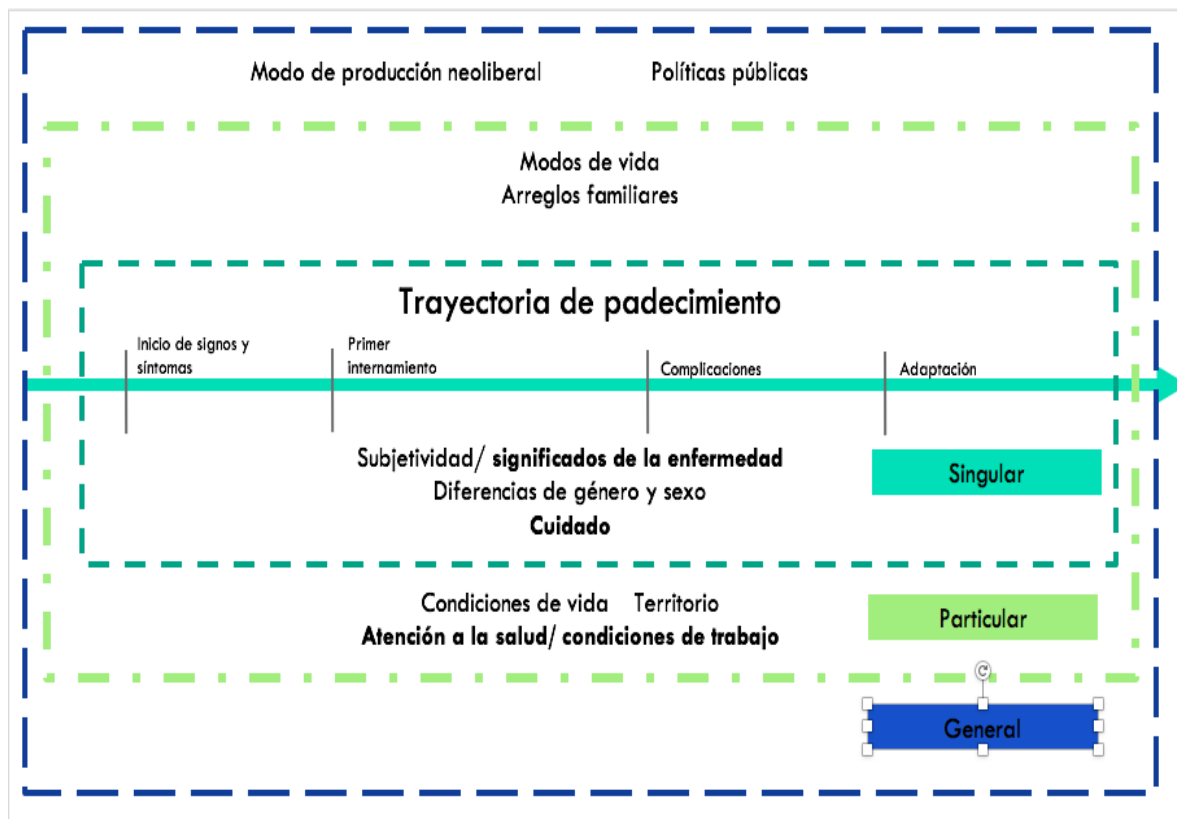
A continuación, se muestra la Figura 7, en la cual es posible visualizar cómo se plantea la congruencia entre las trayectorias de padecimiento y la determinación social de la salud. Se observa la trayectoria de padecimiento desde su inicio, el cual se puede acompañar de signos y síntomas percibidos por la persona. Aquí se han señalado algunos hitos, para lo cual se señala que los hitos dependerán de la trayectoria y particularidad de la historia de la persona y su proceso salud–

enfermedad; se han marcado de esta forma en el esquema para que sean considerados, visibles y como una forma de ejemplificar.

En la Figura 7 es posible visualizar las categorías que conforman cada una de las dimensiones, para lo cual vale aclarar que no se consideran como elementos o factores desagregados, sino que pueden existir entre las mismas relaciones, así como un mismo proceso identificado a nivel general, causar un cambio o interferir hasta la singularidad.

Figura 6

Propuesta teórica de las trayectorias de padecimiento desde la determinación social



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En las trayectorias de padecimiento ocurren situaciones o procesos que corresponden a las diferentes dimensiones que visualmente pueden identificarse con un color. Se han colocado líneas punteadas ya que se resalta que pueden existir

relaciones entre procesos o categorías, así como contradicciones; resulta elemental no considerar las dimensiones como “cajas cerradas”, sino entre las cuales existen relaciones o posibles contradicciones. Aunque las categorías han sido clasificadas en dimensiones, no es sencillo ubicarlas estáticamente en tan solo una puesto que cada categoría es amplia en sí y puede manifestar esta determinación desde diferentes niveles. Es así que, por ejemplo, categorías como territorio y cuidado, son categorías complejas cuyo papel en la determinación social de la salud puede visualizarse a múltiples niveles, en diferentes hitos o momentos durante la trayectoria.

Para finalizar, en el Cuadro 5 se muestran las características de esta propuesta. Se resalta que, desde la Salud Colectiva, tiene el trasfondo de mostrar la determinación social de la salud que permita contribuir a mostrar la complejidad del proceso salud-enfermedad, pero también como aportación teórica-metodológica desde la Salud Colectiva.

Cuadro 7

Características de la propuesta teórica

Características principales de la propuesta teórica de las trayectorias de padecimiento desde la Salud Colectiva
<ul style="list-style-type: none"> - Se plantean con base en la determinación social de la salud. - De la síntesis de las múltiples determinaciones, desde la categoría singular a la particular, en el que se retoma la relación dialéctica y contradictoria. - Se considera la historicidad, tiempo no lineal (se toma en cuenta que el tiempo transcurre para todas las dimensiones). - A través de las trayectorias es posible identificar hitos o situaciones límites. - Herramienta para identificar procesos críticos capaces de tener un impacto en cualquiera de las dimensiones. - Se tiene en cuenta el <i>embodiment</i>; cómo encarnamos, es decir, incorporamos biológicamente nuestra experiencia vivida.

Nota. Fuente elaboración propia

CAPÍTULO III. TRABAJO EMPÍRICO

Todo conocimiento es un conocimiento aproximado situado en el tiempo, dentro de la especificidad histórica y de la especificidad de las relaciones sociales que lo permean y lo condicionan: es el conocimiento posible.

(Souza, 2018, pp.146)

El presente capítulo se caracteriza por mostrar la realización del trabajo empírico desde los objetivos de investigación, el diseño metodológico detallado, así como aspectos éticos, logísticos que guiaron y fueron indispensables para la realización de esta investigación.

3.1 Objetivos de investigación

3.1.1 General

Analizar los procesos críticos que desencadenan consecuencias significativas en las trayectorias de padecimiento en personas con diabetes tipo 2.

3.1.2 Específicos

Identificar procesos protectores en las trayectorias de padecimiento en personas con diabetes tipo 2.

Identificar procesos destructivos en las trayectorias de padecimiento en personas con diabetes tipo 2.

3.2 Estrategias Metodológicas

3.2.1 Tipo de estudio

La metodología empleada fue de tipo cualitativo. Uribe (2004) indica que consiste en, más que un conjunto de técnicas para recoger datos, un modo de encarar el mundo de la interioridad de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con los contextos y con otros actores sociales. La perspectiva metodológica cualitativa hace de lo cotidiano un espacio de comprensión de la realidad. En tal sentido, este tipo de método tiene fundamento teórico; propicia la construcción de nuevos abordajes, revisión y creación de nuevos conceptos y categorías durante la investigación.

Se propone realizar estudio de caso; de acuerdo a Durán (2012), en la investigación cualitativa es un proceso de indagación focalizado en la descripción y examen detallado, comprensivo, sistemático, en profundidad de un caso definido, sea un hecho, fenómeno, acontecimiento o situación particular. El análisis incorpora el contexto (temporo-espacial, económico, político, legal), lo que permite una mayor comprensión de su complejidad y, por lo tanto, el mayor aprendizaje del caso particular.

3.2.2 Los informantes

Debido al objetivo del estudio, los informantes fueron las personas con diabetes tipo 2. Se pretendió contar con dos tipos de informantes: informantes de reciente diagnóstico sin complicaciones: aquellas personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 que sean mayores de 18 años, que no tuvieran ninguna complicación diagnosticada, que deseen participar, que cuenten con su consentimiento informado o asentimiento verbal.

El segundo grupo de informantes se caracterizó por presentar informantes con alguna complicación: aquellas personas con diagnóstico de diabetes tipo 2, que sean mayores de 18 años, que tengan al menos una complicación secundaria a la diabetes tipo 2 (enfermedad renal crónica, neuropatía diabética, pie diabético,

retinopatía diabética, etc.) que deseen participar, que cuenten con su consentimiento informado o asentimiento verbal.

3.2.3 Estrategias de selección de los participantes

En cuanto al tipo de muestreo, se propuso por conveniencia. Para el número de participantes se tomó en cuenta la saturación temática; es decir, el muestreo hasta el punto de saturación del conocimiento. Ello supuso que se establecieron las pautas estructurales que subyacen a un determinado conjunto de procesos sociales, y los nuevos casos no introdujeron correcciones ni complementos al conocimiento de la realidad estudiada, solo repitieron el contenido de la pauta social definida (Navarrete, 2000).

Inicialmente se tenía planeado considerar únicamente la participación de los grupos de DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar no. 45, ubicada en San Luis Potosí, capital. Sin embargo, al realizar cambios por condiciones de pandemia, fue necesario no limitar la participación.

De este modo, se inició con una primera entrevista a un derechohabiente del IMSS con diabetes y en tratamiento de hemodiálisis. Al término de la entrevista, se le cuestionó a dicho informante la posibilidad de invitar o compartir el contacto de otra persona que pudiera participar y que cumpliera con las características descritas en los criterios de inclusión. Después se realizaba llamada al teléfono del contacto, explicando y haciendo énfasis en dar a conocer en qué consistía la participación, así como tratar puntos éticos relevantes y congruentes al asentimiento informado.

Cabe señalar que las primeras diez entrevistas se realizaron manera presencial; al resto de los participantes se les entrevistó por llamada telefónica o videollamada de acuerdo con las preferencias y disponibilidad de la persona participante.

3.2.4 Técnicas de recolección de la información

Como técnicas para la recolección de la información a fin de abordar las trayectorias de padecimiento, se realizó una entrevista a profundidad y la observación participante. El propósito de recurrir a varias técnicas de producción de

datos consiste en asegurar la triangulación como criterio de consistencia lógica (Hernández-Sampieri y Torres, 2018).

En lo que respecta a la observación participante, el rol del investigador será el de participante y observador. Se mantiene un rol subjetivo al formar parte del colectivo y a su vez ser un observador objetivo, lo cual dota de mayor complejidad a la observación (Angrosino, 2012).

Se eligió la entrevista a profundidad como técnica de recolección de datos debido a que está dirigida a la comprensión de las perspectivas que tienen los(las) informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones expresadas en sus propias palabras (Taylor y Bodgan, 1992). Para ello, se diseñó una guía de entrevista que permitiera abordar cada uno de los tópicos de acuerdo a las dimensiones de la determinación social de la salud. Esta entrevista se probó en la etapa de prueba piloto con el objetivo de mejorar la redacción y comprensión por parte del participante; además, se agregaron ítems. A su vez, la entrevista fue dividida en las siguientes etapas (De Souza Minayo, 2018):

a) Apertura: (presentación, agradecimientos, recordatorio de los objetivos del estudio y explicación de la dinámica de la entrevista).

b) Exploración con entrevista semiestructurada.

c) Cierre (síntesis, dudas del informante al entrevistador y agradecimiento).

En lo que respecta a la observación participante, se documentó a través de un diario de campo en el que se realizaron tres tipos de notas: descriptivas, analíticas y metodológicas.

3.2.5 Estrategia de análisis

Las entrevistas fueron grabadas en audio y complementadas con las notas del diario de campo. Después fueron transcritas en Microsoft office Word. Se usó el programa *Atlas ti* para ordenar y gestionar la información previamente a la realización del análisis.

Para el análisis, se propuso un plan que constó de las siguientes etapas (Figura 5): 1) describir las trayectorias de padecimiento de cada persona a través de la transcripción; 2) análisis temático de los casos individuales en el programa *atlas ti*; 3) análisis de la trayectoria en el marco de la determinación social; 4) identificación de los procesos críticos y 5) análisis general.

De acuerdo a De Souza Minayo (2018), hacer un análisis temático consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado. La presencia de determinados temas denota estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento presentes o subyacentes en el discurso.

Operacionalmente, el análisis temático se dividió en tres etapas (De Souza Minayo, 2018):

a) Primera etapa: preanálisis.

Las transcripciones de las entrevistas se introdujeron en el programa *atlas ti*, iniciando con una lectura fluctuante, que de acuerdo con De Souza Minayo (2018) se caracteriza por ser un momento que requiere que el investigador tome contacto directo e intenso con el material de campo, dejándose impregnar por su contenido.

b) Segunda etapa: exploración del material.

La exploración del material consistió esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. Para ello, el investigador busca encontrar categorías que son expresiones o palabras significativas en función del contenido que será organizado. La categorización consiste en un proceso de reducción del texto a palabras y expresiones significativas.

c) Tercera etapa: tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación a partir de las categorías.

Se formaron grupos de categorías o familias de acuerdo al marco teórico de la determinación de la salud.

Al finalizar el primer análisis temático, se realizaron nuevamente lecturas para verificar la idoneidad de las categorías.

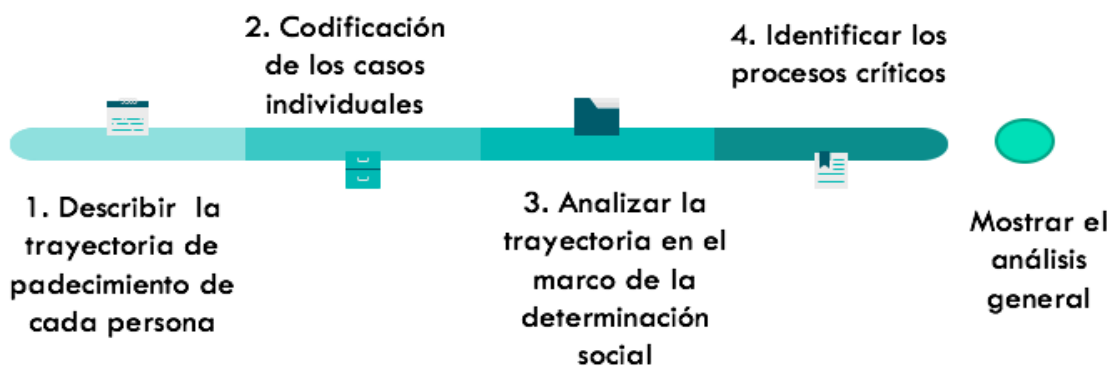
Después, se seleccionaron las entrevistas cuyas trayectorias pudieran mostrar un análisis más completo en cuanto a las tres dimensiones y en concordancia con la propuesta teórica.

Se realizó una nueva lectura para identificar los procesos críticos, así como analizar cuáles eran benefactores o destructivos, tomando en cuenta las particularidades de la trayectoria.

Por último, se buscaron generalidades que pudieran destacarse, como los hitos más importantes dentro de las trayectorias de padecimiento.

Figura 7

Plan de análisis



Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.3 Aspectos Éticos

En cuanto a los aspectos éticos, se resalta que esta tesis toma lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, así como la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de

proyectos de investigación para la salud; del mismo modo, también se toman en cuenta los principios éticos internacionales.

Por lo tanto se garantiza que para ser considerado como participante la persona deberá autorizar su consentimiento informado o en su caso el asentimiento (Diario de la Federación, 2012, p. 012) (Anexo 1).

3.3.1 Nivel de riesgo y consentimiento informado

El estudio se considera en el nivel I con riesgo mínimo. Ello se fundamenta en el Artículo 17 fracción I de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Así mismo, se atenderá a lo planteado en los artículos 20 y 21 de la misma ley, que aluden a que el consentimiento informado debe obtenerse una vez que los participantes hayan recibido una información clara y completa de la justificación, y objetivos de la investigación, respetando que acepte de forma voluntaria participar en el estudio. Por lo anterior, a los usuarios que participen se les pedirá su consentimiento informado por escrito de forma consciente y voluntaria tal como se detalla en el apartado de procedimientos (Ley federal de la Salud, 1987).

3.3.2 Principios éticos nacionales e internacionales

La investigación se ciñe a los principios éticos fundamentales señalados para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, citados en el Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, entre ellos los siguientes:

1) Beneficencia y no maleficencia. - Entendido como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Este principio se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

2) Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el

consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito, si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

3) Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

4) Confiabilidad. - Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Lo anterior se cumplirá con procedimientos como no obligar al usuario a participar en el estudio, proteger los datos proporcionados por los participantes de tal forma que no se registren nombres llevando el control a través de folios, y por último la presentación de los resultados globales a través de reportes.

La investigación propuesta en esta tesis toma en cuenta la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1965) en lo referente a los principios básicos, que en sus numerales 9 y 11 señalan respectivamente lo siguiente:

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

10. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una

incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona.

3.3.3 Prueba piloto

De acuerdo a la metodología empleada se realizó una prueba piloto de enero a febrero de 2020 para analizar la utilidad de la guía de entrevista y el cumplimiento de los objetivos, así como la duración, contenido y adecuaciones para la entrevista a profundidad.

En lo que respecta a los informantes que participaron en la prueba piloto, se trató de dos personas con diabetes tipo 2, una con complicaciones y otra sin ninguna identificada por diagnóstico médico.

- a) Mujer de 60 años, 20 años desde el diagnóstico. Participa en el programa DiabetIMSS, aparentemente sin complicaciones. “Lo más difícil de tener diabetes, el cansancio”, “ha aprendido a cuidar de sí misma”, “al tener únicamente hijos varones, es difícil que alguien asuma apoyar en su cuidado”
- b) Hombre de 40 años, 5 años desde el diagnóstico, con complicación de enfermedad renal crónica estadio V, terapia sustitutiva: hemodiálisis. “Lo más difícil, depender de la máquina y las personas”, frecuentes internamientos, expresa cambios en la familia, en el trabajo (horario, actividades). Le asustan los cambios con el “nuevo gobierno” por subrogación de hemodiálisis.

Tras la realización de las entrevistas, se tomaron en consideración varios puntos: forma y disposición de las preguntas.

El abordaje del padecimiento desde la determinación social es complejo. En la prueba piloto se necesita al menos 1 sesión de entre 40 y 60 minutos.

En las entrevistas se implicó el hablar de sí mismos. Al preguntar sobre la trayectoria de padecimiento, puede incluir situaciones de vulnerabilidad que trastocan la subjetividad.

Algunas otras adecuaciones que se llevaron a cabo fueron cambios en el contenido de las preguntas que permitan conocer los hitos más importantes desde la perspectiva de las personas con diabetes.

3.3.4 Adecuaciones debido a la pandemia

Las primeras diez entrevistas se realizaron de manera presencial con los participantes en sus hogares; sin embargo, por la situación de la pandemia las restantes se realizaron por videollamada o teléfono.

3.4 Los Hallazgos

Es comprender que vas a estar enfermo el resto de tu vida y que necesitas cuidarte, si no lo haces se te va a complicar de poquito a más, como una filita de fichitas de dominó, se tira una va tardar a lo mejor en terminarse ya cuando se termina estás totalmente amolado [...].

(Julio, 30 años, comunicación personal,2020)

En este apartado se muestran los hallazgos principales en concordancia con los objetivos establecidos para esta investigación, desde las características sociodemográficas hasta retomar las categorías y supuestos que se han desarrollado en el capítulo de la propuesta teórica. Cabe mencionar que también se muestran los hallazgos generales de las personas participantes por dimensión y los hitos más relevantes identificados en la trayectoria del padecimiento a fin de continuar con una trayectoria de padecimiento individual.

3.4.1 Características sociodemográficas

Los participantes fueron 21; 12 mujeres (57.1 %) y 9 hombres (42.9%), con una media de edad de 54 años, con un mínimo de 19 años y un máximo de 72 años. El promedio de tiempo desde el diagnóstico fue de 12.7 años.

En lo que respecta al nivel de escolaridad, la mayoría contaba con secundaria (33.3 %) seguido de primaria y preparatoria, ambos con 23.8 %. En relación con el tratamiento, describen tomar medicamentos orales y en un menor porcentaje insulino terapia. En cuanto a las complicaciones se encontró: pie diabético, retinopatía y neuropatía, principalmente. Así mismo, se exploraron las comorbilidades.

Las características por participante pueden visualizarse en el Cuadro 6.

Cuadro 8

Características sociodemográficas de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Años desde el dx	Tratamiento	Ocupación	escolaridad	Complicaciones
Ascención	F	60	25	Metformina, Pioglitazona	ama de casa	Preparatoria	Amputación de 5to oratejo y catarata
José	M	67	15	Metformina, Pioglitazona	comerciante	Secundaria	ERC
Juana	F	54	14	Glibenclamida y metformina	ama de casa	Preparatoria	sin complicaciones
René	M	46	10	Metformina	médico	Universidad	sin complicaciones
Magdalena	F	59	3	Metformina, Pioglitazona	ama de casa	Primaria	sin complicaciones
Lupita	F	67	19	Metformina/insulina	ama de casa	Primaria	cataratas/neuropatía
Josefina	F	72	24	Metformina, Pioglitazona	ama de casa	Secundaria	neuropatía y retinopatía diabética
Rosa	F	46	3	Metformina	ama de casa	Primaria	Sin complicaciones
Margarita	M	56	18	Metformina, Pioglitazona, insulina	ama de casa	Primaria	pie diabético/amputación

Cuadro 9*Características sociodemográficas de los participantes (continuación)*

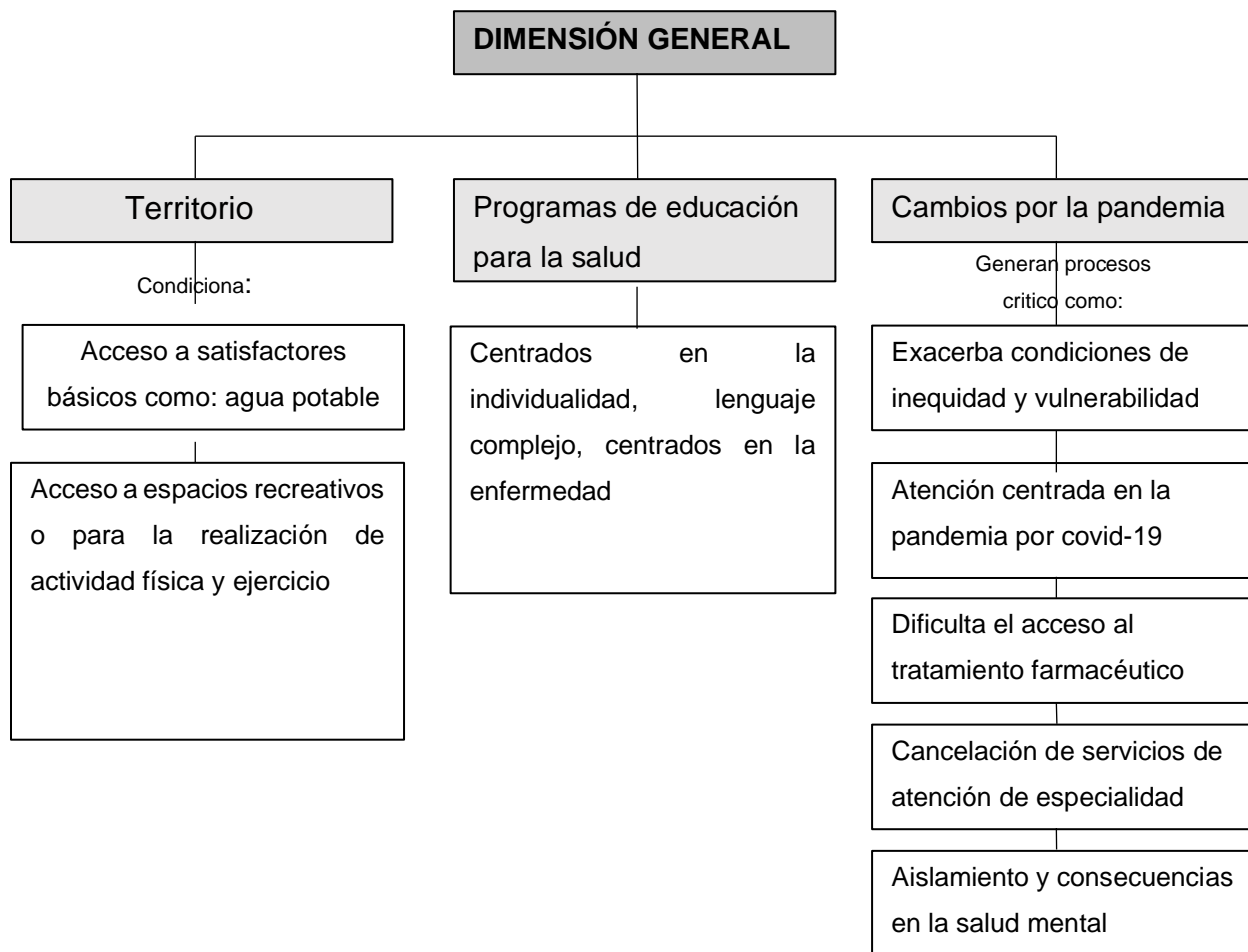
Participantes	Sexo	Edad	Años desde el dx	Tratamiento	Ocupación	Escolaridad	Complicaciones
Agapita	F	71	32	Metformina insulina	ama de casa	Primaria trunca	sin complicaciones
Martha	F	45	1	Metformina	ama de casa	Preparatoria	sin complicaciones
Juan José	M	55	12	Metformina insulina	comerciante	Universidad	sin complicaciones
Sixto	M	57	1	Metformina, Pioglitazona	obrero	Secundaria	sin complicaciones
Eduwiges	F	56	18	Metformina/ insulina intermedia	ama de casa	Secundaria	cambios en la vista/ piel
Pablo	M	42	1	Metformina	obrero	Secundaria	sin complicaciones
Eva	F	58	9	Metformina	ama de casa	Primaria	sin complicaciones
Jaime	M	57	22	Metformina	comerciante	Preparatoria	sin complicaciones
Julio	M	29	5	Metformina/ insulina	maestro primario	Universidad	neuropatía
Víctor Hugo	M	46	22	Metformina/ insulina	pensionado	Secundaria	Enfermedad Renal Crónica
Brenda	F	45	6	Metformina	ama de casa	Preparatoria	sin complicaciones
Miguel Ángel	M	46	7	Metformina insulina	comerciante	Secundaria	pie diabético/retinopatía

3.4.2 Dimensión general

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, de acuerdo a Breilh (2003b), la dimensión general de la determinación de la salud corresponde a la lógica estructurante con sus condiciones político-culturales. En lo que respecta a los hallazgos de esta dimensión, se encuentran las categorías: territorio, acceso a los servicios de salud, acceso a agua potable, acceso a la educación y cambios por la pandemia. En este sentido se muestran algunas reflexiones relevantes de cada una de ellas.

Figura 8

Principales hallazgos en las entrevistas sobre la dimensión general



Nota. Fuente: elaboración propia

TERRITORIO

Lo primero es establecer qué se considera como territorio⁵. De acuerdo al análisis de Sabido Pedroza y Chapela (2012), se define como una extensión terrestre delimitada por relaciones de poder o posesión, un espacio geográfico sobre el cual se ejerce o busca tener control. Cuenta con una configuración territorial y dinámica social con procesos de apropiación y acumulación de capital; es el ámbito donde ocurren las relaciones sociales.

En este sentido, uno de los hallazgos relevantes es el papel del territorio en las trayectorias de padecimiento. La forma de relacionarse con lo que pasa en el nivel particular y singular, muestra cómo se determina desde condiciones del territorio mismo; se materializa en la condición de salud y en el cuerpo de las personas.

La situación de Julio conforma uno de los fragmentos que demuestran lo anterior. En su trayectoria manifiesta cómo un cambio de residencia debido a una situación laboral lo condicionó en gran parte a un modo de vida malsano, influenciado en gran medida por las condiciones territoriales.

Entonces ahí es un desierto, no hay nada, nada, es en el mero altiplano, está muy muy feo la verdad, sí me la pasé bien, no te digo que no, pero llegas y la primera impresión; es totalmente decepcionante, está literalmente en medio del desierto, entonces yo llego y pues según yo me llevé mis pesitas

⁵ Se debe considerar las diferencias que existen con conceptos como lugar y espacio. Lugar: entendido desde la epidemiología hegemónica como una variable referente a la localización geográfica de los problemas de salud. Desde este punto de vista el análisis del lugar en cuanto a sus características físicas y biológicas permite generar hipótesis sobre posibles factores de riesgo y de transmisión de las enfermedades (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). En lo que respecta al espacio, existen diversos puntos de vista entre los más afines a la salud colectiva se encuentran concepciones como las consideraciones de Lefebvre para él, el espacio jamás es neutro ni puro, se encuentra en estrecha relación con la práctica social y sociedad global. Dice, *el espacio vivido es un aspecto importante y, quizás, esencial para el conocimiento de la realidad urbana* (Lefebvre, 1976:30). Sobre el espacio se proyecta una sociedad, una totalidad social, su cultura, instituciones, valores, sus superestructuras, incluyendo la base económica y las relaciones sociales.

para hacer ejercicio ahí y ya ahí no pude ir al gimnasio, obviamente me quedé a vivir allá [...]. (Julio, 30 años, comunicación personal)

El territorio tiene ciertas características en las condiciones de acceso a los servicios básicos; en el caso del acceso al agua potable, expresa dificultades y limitaciones. Otro de los elementos del territorio no tangibles, pero relevantes, se refiere a las tradiciones y costumbres; en este caso, en la preparación de alimentos. El siguiente fragmento muestra esta situación:

Pero la señora nos hacía de cenar, ellos tienen la costumbre, vaya, de cocinar con manteca y pues este no era una cena ligerita; que no sé, a lo mejor aquí te comes un cereal, una fruta y ya, ahí eran cenas de tres tiempos, luego en la comunidad no había agua potable y en las tiendas no vendían botellas de agua, ni garrafones ni nada, entonces también era: jugo, refresco o cerveza, y esa fue mi dieta durante un año, y llegué a pesar 140, 142 kilos. Luego el siguiente año me cambio a un pueblo cercano, está un poco más grande, había más servicios, así pero igual, pero la vida siguió igual sedentaria comer más, no comer a mis horas, subí lo máximo que llegue a subir fue 147 kilos [...]. (Julio, 30 años, comunicación personal)

En este sentido, estos hallazgos son relevantes para discutir el papel del territorio de forma general. Desde la epidemiología hegemónica, el territorio enmarca la situación individual y específica de cada persona a manera de escenario, o lo que se conoce como variables epidemiológicas: tiempo, lugar y persona, para hablar de los eventos epidemiológicos, no considerado desde el papel en la determinación social de la salud. Es ahí donde surge la relevancia de hablar de territorio, en la que se rompe con la concepción de espacio estático, ahistórico (Breilh,1988), más allá de ser reservorio de climas, contaminantes, microbios o vectores de transmisión infecciosa, sino como un espacio históricamente estructurado donde también se expresan las consecuencias benéficas y destructivas de la organización social, y que en este caso pueden desencadenar procesos críticos.

El territorio no se considera aislado, sino ligado a la espacialización y

temporalización delimitado a las divisiones de espacio-tiempo de actividad y de relaciones de poder que se transforman históricamente (Breilh,1988).

Este tipo de análisis crítico sobre el papel del espacio, territorio y el proceso salud-enfermedad no son nuevos en la Salud Colectiva. Ya desde la publicación del libro *Espacio urbano y salud* (1994), se plantea la región geográfica como categoría para el análisis de la morbilidad, así como una discusión del proceso salud-enfermedad y del espacio a partir de la identificación de unidades socio-espaciales de consumo y los respectivos perfiles epidemiológicos en la Ciudad de México. Así mismo, se propusieron categorías intermedias como “unidades territoriales locales” y “unidades socio-espaciales” (Blanco y Saenz, 1994).

En este sentido, Santana et al. (2015) analizan el papel de la ordenación territorial en la construcción de lugares saludables. Consideran problemas ambientales y socioeconómicos que inciden negativamente en la salud de la población (Santana Juárez et al., 2015).

El papel del territorio es relevante porque puede facilitar modos de vida malsanos. En estos fragmentos, es posible leer las referencias al acceso a espacio para actividad física y otras condiciones que se ligan a modos de vida. Algunos estudios como éste (Santana Juárez et al., 2015) problematizan la necesidad de tomar en cuenta indicadores de ciudades saludables como: el porcentaje de personas que hacen ejercicio regularmente, la proporción de médicos para cada 100,000 personas, el porcentaje de personas derechohabientes, tasas bajas en enfermedades crónico degenerativas, bajos indicadores en la presión arterial, colesterol y triglicéridos, calidad alta del aire que se respira, ciudades limpias, ciudades con proporciones altas de áreas verdes, sistema de transporte funcional, entre otros (Santana Juárez et al., 2015).

En esta misma línea valen la pena mencionar las contradicciones que surgen desde los mensajes saludables que se generan a nivel de políticas públicas que permean los servicios de salud. La atención a las personas versus el territorio, puede condicionar la accesibilidad a lo que se considera saludable o aceptable para

una persona que vive con diabetes; puede ser un proceso destructivo o benéfico en su trayectoria de padecimiento.

Se resalta que en este trabajo no se propuso el territorio como una categoría central, pero surge desde la exploración de las trayectorias de padecimiento. Hace indispensable analizar la necesidad de complementar la aproximación teórica con categorías que podrían ser más adecuadas que únicamente hablar de territorio. Las condiciones del territorio son relevantes porque son más que una utilidad en la que se lleva a cabo la vida de las personas, y generan e impactan en las trayectorias de padecimiento; estas condiciones pueden generar cambios en el cuerpo que pueden ser también visibles.

EDUCACIÓN

Otra de las categorías importantes se refiere a la educación. Algunos de los participantes manifiestan que la imposibilidad de acceder a un nivel de escolaridad básico está relacionado con dificultades para comprender información que reciben de los profesionales de la salud.

A veces pues no, uno no entiende, pues uno no acabó la primaria, y pues no, hay palabras que no entiendo de los temas, pero si le explican bien. Pues de repente hay unas cosas que, si se toman su calma con moñitos, tienen sus carteles pues todo eso muy rápido y palabras que ni entiendo [...].
(Ascensión, 60 años, comunicación personal)

En este sentido, se evidencia una educación unidireccional para la salud, en el que se deja de lado o se puede obviar que el mensaje educativo debe dejar bien claras y definidas las orientaciones sobre qué, porqué y cómo hacer para expresar con un lenguaje sencillo, preciso y concreto, así como permitir la búsqueda de alternativas de solución de manera participativa y horizontal (Crook et al., 2019).

Vale la pena hablar sobre cómo a nivel del acceso a la información sobre diabetes se replica un tipo de educación en el que la información médica hegemónica dicta una relación unidireccional que se enfoca en evitar los factores que se consideran de riesgo. Sin afán de caer en repeticiones, existe una tendencia

a considerar que la gran solución a este gran problema es generar lo que se ha llamado tradicionalmente intervenciones de información en salud; buscan generar un impacto específico en el control metabólico y la adherencia terapéutica sin considerar que la persona ha generado cierto conocimiento desde su experiencia, desde la propia concepción de padecimiento, desde su subjetividad, pero también de la información que proveen desde la publicidad, la familia, los servicios de salud y el personal con el que tiene contacto (Crook et al., 2019).

Es tendencia el limitar las intervenciones, el pasar de buscar complejidad a simplicidad; intervención en diabetes igual a mejora en variables de control. Respecto a ello, Viniegra ya analiza cómo se ha asumido que enseñar sobre la ingestión de un fármaco y que el considerado paciente sea obediente y disciplinado como la primicia del buen control y el buen paciente. Sin asumir que los “estilos de vida” no son atributos de superficie, intercambiables y manipulables (García y Suárez, 2007; Viniegra-Velázquez, 2006).

Ya en materia específica de diabetes, se critica la educación pasiva para generar cambios desde la educación participativa, con la necesidad ineludible de promover la reflexión y el cuestionamiento de la mirada nosológica hegemónica altamente tecnificada. Es preciso reconocer las fortalezas de lo establecido para sumar nuevas estrategias de participación de la persona con diabetes en el que se tome en cuenta la bidireccionalidad, dando paso a la complejidad de los cambios en la vida, el padecimiento y la propia nueva vida del que enferma y padece la diabetes tipo 2.

Carvalho (2008) analiza cómo la promoción de salud utiliza la educación para la salud como método considerado idóneo, y refuerza la responsabilidad individual a través de conceptos como el empoderamiento, en el que se considera que un individuo con poder es aquel que es “(...) prudente, independiente y con confianza en sí mismo, capaz de comportarse de una determinada manera y de influenciar su medio y actuar de acuerdo a principios abstractos de justicia y de equilibrio” (Carvalho, 2008, p.280).

Carvalho (2008) señala que reducir el poder a la psicología individual es ignorar el contexto político e histórico en el que actúan las personas; comenta que esto no significa que el individuo no pueda tener ninguna influencia o que sus percepciones individuales no sean importantes.

En los hallazgos dentro de los discursos de los participantes, existe una tendencia frecuente a hablar de la individualización, que, si bien es relevante en las acciones y actividades de autocuidado que realiza la persona con diabetes, converge con la necesidad de tomar en cuenta el papel de las macroestructuras, pero también el reconocimiento de las experiencias y conocimientos propios de la persona que padece y vive con diabetes.

De acuerdo a algunos autores, es necesaria la convivencia de la noción de determinismo social con la de agenciamiento humano al entender que las macroestructuras condicionan el cotidiano de los individuos y estos, a través de sus acciones, influyen y/o resignifican los distintos planos de realidad macrosocial (Nava et al., 2014).

Es por ello que son necesarias nuevas estrategias de educación para la salud que tomen en cuenta lo que Freire (1997) llama “empoderamiento social” considerado como:

Un proceso de validación de la experiencia de terceros y de legitimación de su voz y, al mismo tiempo, de remoción de las barreras que limitan la vida en sociedad. Indica procesos que buscan promover la participación apuntando al aumento del control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida. En el que se espera como resultado, el aumento de la capacidad de los individuos y de los colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas. Freire (1997, p.35)

ATENCIÓN A LA SALUD

Desde la normativa vigente, se han establecido lineamientos sobre la atención a la salud de las personas con diabetes tipo 2, en los que destacan los

nuevos cambios a la Norma de 2018 en la que se intenta dar integralidad a la atención y muestra de ello es que desde los primeros párrafos se afirma:

La Diabetes Mellitus es un padecimiento no curable, crónico, progresivo, de tratamiento complejo que requiere de profesionales de la salud capacitados en el manejo de la enfermedad, de acceso a los medicamentos e insumos necesarios, de educación para vivir con diabetes y de participación activa y comprometida de la persona con diabetes en la gestión del día con día de su enfermedad para el control adecuado de su padecimiento. Las intervenciones deben ser adaptadas a las características y necesidades del paciente.

La ausencia de alguna de estas condiciones favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. Al igual que otros países, México enfrenta el reto de hacer eficaces y eficientes los programas institucionales para la contención de esta enfermedad (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, 2015).

Desde la perspectiva de los hallazgos, surgen ciertos fragmentos que muestran el contraste entre la atención y el acceso a la salud en estas personas con lo que se dice de manera normativa. Algunos fragmentos tienen que ver con el trato en las consultas de medicina familiar, sobre todo al expresar los estilos de vida saludables que se busca que adquiera esta población:

Pues para empezar las citas, que no se tarden tanto para dar las citas; y otra cosa, que la gente no te vea con asco, pues hace sentir mal a uno y te quita las ganas de ir, claro y pues está bien que nos regañen, yo sé que, porque la coca, pero que tampoco nos griten o que nos lo quieran gritar a fuerza [...](Margarita, 56 años, comunicación personal).

Dentro de esta categoría también se habla sobre los tiempos de espera, así como se omite la consulta ante la saturación del número de pacientes para únicamente proveer de la receta necesaria para el medicamento.

Me dijeron que no había doctor en ese consultorio y me mandaron a otro consultorio o sea que adelante ya si yo tenía consulta a las 10 de la mañana, me tenía que esperar hasta la 1 de la tarde y esperarme a que me atendieran y ya con este ya nada más es como de control, me dijeron que me podían repetir la receta y dije, ya pues con que me den el medicamento verdad y ya el otro mes ya que me vea el doctor, nada más por eso porque sí de repente faltan doctores ahí en esa clínica 2 o 3, bueno me ha tocado ver que aparte de mí en otros consultorios le falta [...]. (Miguel Ángel, 46 años, comunicación personal)

En otro sentido, algunos participantes expresan aspectos positivos en la atención a la salud, como es el poder acceder y ser transferidos sin dificultades cuando requieren servicios de especialidad. Cabe señalar que se identifica como una situación de “suerte” o “bendición”, no como una característica habitual de la atención pública.

[...] he tenido una suerte, una fuerte bendición, una gran bendición porque luego me dan las consultas o le digo doctora esto y luego me da las contra referencias y ya la llevo a trabajo social y ya me la firman y por ejemplo: Ahora de la vesícula se dieron cuenta de casualidad; que hace tiempo me dolía mucho, mucho el lado izquierdo del lado le decía a mi hermana del lado del huesito de la cadera y tenía un dolor que me corría hacia la parte de enfrente. De eso hará como unos 5 o 6 años, fue cuando Peña Nieto declaró que se podía atender a cualquier persona de urgencia aunque no contara con el servicio y en esa ocasión fui al seguro ahí al de zapata (hospital de segundo nivel, ubicado en el centro de SLP) y me atendieron de maravilla y este me preguntaron que mi cédula del número social y yo les dije “mire yo no tengo este hospital, pero la verdad no aguantaba el dolor”; y yo sabía que podía acudir aunque no tuviera el seguro y sí me hicieron hasta ultrasonido y todo y traía piedras en el riñón. Esas fue de las ocasiones que he estado así por mis malestares y ya después fui a la con la doctora de ahí del centro de salud y le llevé los estudios y ya ella me dio cita para urología y pues ya llegué al central con la contra referencia y ya me dice la señorita “¿trae tiempo?”, “sí ,

¿para qué?”, “pues para que pase de una vez con el médico”, “¡ah bueno no pues está perfecto!” y ya me pasaron, me dieron el medicamento y todo ...y ya me mandaron a urología. (Juana María, 54 años, comunicación personal)

Esto es congruente con estudios como el de Ibarra (2019), en el que aborda cómo las personas con alguna enfermedad crónica en ocasiones valoran positivamente la atención al considerarlo un “regalo”, mas no se relaciona desde la perspectiva del paciente como un derecho social.

Desde luego, en este apartado hay que asumir que la atención a la salud de esta población denota aún más complejidad ante el hecho primario de una cantidad cada vez mayor de personas con diabetes tipo 2 que contrasta con la normativa, así como lo establecido a nivel de las instituciones y las condiciones laborales que limitan los tiempos de consulta. Además de lo anterior, los indicadores están centrados en el buen control glicémico⁶ y se asume que se realizarán cambios sustanciales en cada consulta, sin contemplar que ésta se encuentra limitada en tiempo y recursos. Sin afán de justificar, las condiciones en las que se brinda la atención debilitan en gran forma centrarse en la persona con diabetes tipo 2 de manera integral y participativa.

CAMBIOS POR LA PANDEMIA

Vale la pena considerar que al inicio de esta investigación no se vivía en un contexto de pandemia no nos encontrábamos en situación de pandemia. Al continuar con el trabajo de campo fue más evidente cómo esta categoría a la que se denominó “cambios por la pandemia” era más relevante de manera general, pero capaz de causar cambios e impacto de manera particular y singular. Si lo hizo con la población en general, fue evidente con el patrón de contagio donde no solo los adultos mayores eran los más vulnerables, sino también aquellas personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus e

⁶ Se hace referencia a las metas básicas del tratamiento que se plantean desde la NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c.

hipertensión arterial, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones en el estado de salud de las personas y llegar a desencadenarse en muerte por COVID-19.

La aparición de la pandemia no solo potenció la morbilidad y mortalidad de este grupo vulnerable, sino que también ocasionó la suspensión de servicios en todos los niveles de atención debido a su rápida propagación de contagios y a la insuficiente infraestructura de salud, y equipos de protección médico. Todo ello se reflejó en los discursos de los participantes para quienes en algunos casos significó solo el retraso en el servicio de consulta, pero para algunos implicó la posibilidad de seguir con vida en el caso de servicios de alta especialidad como el trasplante.

Dentro de las intervenciones que recomendó el Gobierno de México, se implementaron medidas para contrarrestar los contagios en el grupo de personas con enfermedades crónico degenerativas, como fueron: el aislamiento social, llevar un control riguroso de su enfermedad (por ejemplo, control de la glucosa, y presión), no dejar de tomar los medicamentos prescritos por su médico, llevar una alimentación sana (baja en azúcares, carbohidratos y sal) y realizar ejercicio en casa (Gobierno de México, 2020).

No obstante, lo anterior no consideró que la vulnerabilidad no era la misma para toda la población con diabetes. Existían condiciones como situaciones laborales, económicas, familiares, condiciones de vivienda, comorbilidades y acceso a satisfactores básicos que no permitían tener facilidades para realizar estas medidas, por lo cual debían continuar con la misma dinámica de vida de antes de la pandemia para poder subsistir, y ello al mismo tiempo aumentaba el riesgo de enfermar.

Uno de los primeros cambios que expresaron los participantes fue el no poder acceder a sus consultas y estudios de salud, algunos asociados a posibles complicaciones de la enfermedad: “Me mandaron a urología, pero pues ya se vino esto de la pandemia y me ordenaron hacerme un estudio, pero ya por todo esto no pude hacerme el estudio” (Juana María, 54 años, comunicación personal).

Congruente con lo anterior, también comentaron acerca del acceso a la medicación para el control glicémico, para lo cual necesitaban adquirirlo y comprarlo.

Las pastillas nos las daban en el Seguro, pero ahorita con esto, ahorita no nos van a dar el medicamento porque ahorita no quieren que nos arrimemos para allá (hospital general) porque por la enfermedad (COVID-19) que, pues allí hay pacientes y entonces pues yo las compro (medicamento) por acá. (Magdalena, 59 años, comunicación personal).

Algunos participantes, al tener un trabajo formal, tuvieron la posibilidad de mantenerse en sus hogares, como fue el caso de Sixto quien durante la pandemia se mantuvo en casa. Sin embargo, esto trajo un cambio en su rutina personal y comenzó con problemas de depresión. Aunque se mantuvo aislado, tuvo contagio de COVID-19 por familiar del núcleo cercano y finalmente falleció.

Este mire yo tengo 6 meses apenas que me mandaron aquí a cuarentena y pues ahora sí que estar en el encierro es algo fatal, le cortan a uno la moral y le cortan a uno las aspiraciones y otra que, pues sí entra uno en depresión por estar en el encierro porque no puede uno salir a la calle, no puede uno pues ir a ningún lado y pues me la he pasado aquí encerrado durante los 6 meses y sí me he sentido muy triste, de repente me come la tristeza [...]. (Sixto, 57 años, comunicación personal)

Situación similar a Edu, quien expresaba cómo al ser considerada vulnerable en la fábrica que laboraba, la mandaron a su casa a resguardo; sin embargo, le exigían que tuviera un buen control de su enfermedad. Esto parecía complicado ya que ella identificaba que, por el estrés y ansiedad de estar en casa, sin su rutina habitual de trabajo, empeoraba su control glicémico.

Pues sí me he preocupado más de que dice uno que, que o sea, con todo esto (pandemia) [...], como que me dio depresión, me subía más la azúcar porque estuve en, unos días así que, pero porque con esta enfermedad otra que hay y uno que está más propenso a eso, de que el azúcar la traía hasta en cuatrocientos quinientos y aunque yo no comiera dulce o grasa así me

sentía pero yo digo que también sería, de estar aquí uno que está presionado y pensando nada más en todo eso (COVID-19) y me he sentido, el mes pasado fue cuando más me sentí más así, más triste, más no sé. (Eduwiges, 56 años, comunicación personal)

De acuerdo a lo anterior, se puede visualizar el impacto en la salud mental, que si bien era una medida para protegerlos no estaban exentos de los cambios en su salud mental, aunado a la información que se expresaba en los medios de comunicación; por ejemplo, Guadalupe comenta: “Pues que sí nos manden con un psicólogo, pues ahorita con esta cosa (COVID-19), pues yo a veces me siento bien mal, hasta siento que el corazón se me va a salir con tanto muerto de las noticias” (Guadalupe, 67 años, comunicación personal).

Por otro lado, también hubo consecuencias favorables. Algunos participantes comentaron cómo por el hecho de tener la posibilidad de estar en sus hogares, fue posible mejorar su alimentación, el acercamiento con sus familias y seguir contando con el apoyo de las empresas en las que laboran con un sueldo que, aunque menor, permitía una seguridad económica y laboral.

Vale la pena analizar cómo los cambios asociados a la pandemia se volvieron relevantes para abordar la situación de las personas con diabetes tipo 2. Desde la perspectiva de una sindemia (Almeida-Filho, 2021), Almeida analiza cómo el principio básico de definir una sindemia radicaba en considerar que los determinantes ambientales y socioculturales pueden contribuir al aumento del riesgo de condiciones comórbidas (Singer, 2009). El autor analiza las ideas de comorbilidad y multidisciplinariedad como base para una nueva conceptualización de las epidemias en sociedades complejas, a lo que llamará sindemias (Singer, 2000).

Hablar de sindemia denotaba una complejidad mayor; sin embargo, se describía el “riesgo” aumentado de enfermar y morir de la población con diabetes a nivel biológico, dejando de lado las situaciones del meso y macrosistema, congruente a lo que comentaba ya Almeida (2021):

La perspectiva que generó la teoría sindémica se centró solo en la multimorbilidad y destacó las interacciones biológicas a nivel individual. A nivel clínico y epidemiológico, el concepto de comorbilidad había ganado notoriedad por considerar hipótesis etiológicas comunes entre diferentes estados de la enfermedad y por considerar la complejidad del cuidado de pacientes con más de una enfermedad crónica. A nivel poblacional, la interacción con la enfermedad se ha descrito, de modo general, en términos de morbilidad paralela o comorbilidad(p.4.)

Desde luego que definir las interacciones biológicas y la vulnerabilidad de las personas con diabetes tipo 2 tuvo una utilidad a nivel clínico. Se describió un mayor riesgo de infección, fundamentalmente por un defecto que afecta a la fagocitosis, la quimiotaxis de neutrófilos que los hace ser especialmente vulnerables (Pérez-Martínez et al., 2020). Conocer estos resultados permitió informar a la población y tomar decisiones en la clínica y tratamiento de las personas, lo cual sentó las bases para profundizar sobre el análisis de las condiciones en tiempos de COVID-19.

Efectivamente, cuando se habla de diabetes y COVID se hace referencia a la población con diabetes tipo 2 de manera homogénea, sin considerar que en realidad es una característica patológica que comparte esta población, pero que a su vez es heterogénea en otros aspectos, y estas diferencias son sustanciales en acceso a satisfactores básicos. Tener diabetes desde el concepto tradicional de riesgo implicaría mayor vulnerabilidad; sin embargo, esas condiciones desfavorables se exacerbarían dependiendo de los contextos y condiciones propias de cada persona que, como los fragmentos textuales de los hallazgos muestran, ocasionaron procesos críticos destructivos a nivel general, particular y singular. En contraparte, en algunas personas los procesos críticos fueron benefactores.

Congruente a lo anterior, algunos estudios muestran cómo en la segunda comorbilidad, asociada a las complicaciones tras el contagio por COVID-19, la prevalencia de diabetes mellitus no era diferente en municipios pobres o ricos. El municipio más rico del país, San Pedro Garza García (Nuevo León), registró la misma proporción de diabetes que uno de los municipios más pobres de México,

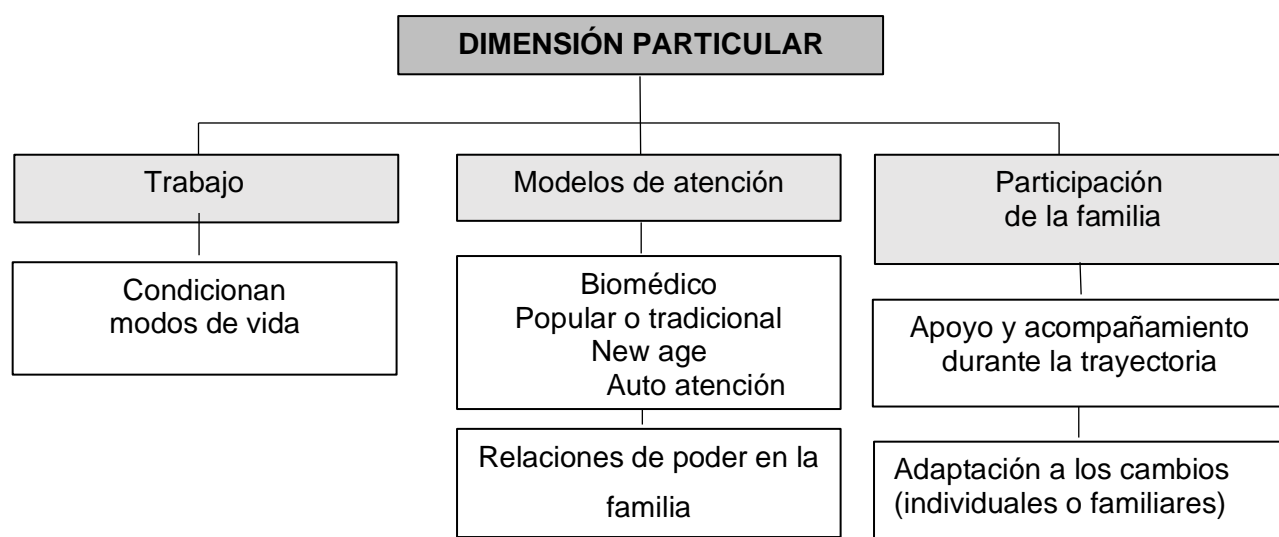
las Choapas (Veracruz). De igual forma, esta comorbilidad se registró en la misma proporción en el municipio de Hermosillo (Sonora) que en Ojitlán (Oaxaca). En esta misma línea, el municipio de La Paz (Baja California Sur) tuvo una prevalencia similar a la de Venustiano Carranza. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de la situación de acceso a la salud, de las condiciones económicas y hasta de la mortalidad que estaba diferenciada; es decir, más allá de comparar la prevalencia se mostraba cómo las situaciones de inequidad en todos los niveles, desde lo general a lo singular, eran un tema de debate que tenía que ver con la mortalidad (Contreras Landgrave et al., 2021).

3.4.3 Dimensión particular

En este apartado se desarrollan los hallazgos correspondientes al dominio particular de los modos de vivir, con sus patrones grupales estructurados de exposición y vulnerabilidad, y el dominio singular de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas. En este marco de referencia, fueron surgiendo diferentes códigos, entre ellos: condiciones de trabajo, económicas, culturales, modelos de atención alternativos, religión y participación de la familia (Figura 10.)

Figura 9

Principales hallazgos en las entrevistas sobre la dimensión particular



Nota. Fuente: elaboración propia

TRABAJO

Dentro del discurso de los participantes es posible identificar a aquellos que demuestran cómo la situación de trabajo condiciona hábitos, horarios y estilos de vida.

Pus ya hace 5 años, a los 38, 37 más o menos entonces; haz de cuenta que ya cuando quise según yo entre comillas cuidarme pus mi trabajo era andar fuera yo trabajaba en una mensajería entonces pus este era andar fueras y llegaba y comía gordas, tacos; la dieta T. Entonces pus no era cuidarme como debió de haber sido y pus mi esposa varias veces me decía que cuídate que no sé qué y a mí me valió y ya cuando quise no fue a tiempo. (Víctor, 46 años, comunicación personal)

En este sentido, algunos manifiestan cómo la situación laboral condicionada por los turnos establecidos tiene un efecto en su estado de salud, como es el caso de Eduwiges quien comenta: “Sí, cuando iba de noche (turno laboral) yo, o sea de noche me siento más mal porque como que las desveladas no, no me ayudan mucho y sí me siento, me siento mal” (Eduwiges, 56 años, comunicación personal)

También expresan cómo tienen la necesidad de trabajar a pesar de estar en pandemia, ya que necesitan satisfacer las necesidades básicas de sus familias. Priorizan ante todo las necesidades de los hijos, anteponiéndolas a las necesidades propias para el tratamiento farmacológico y médico de su enfermedad. A su vez, ellos identifican que esta falta de control o adherencia terapéutica los ha llevado a desarrollar complicaciones.

¡Uy! sí hubo un tiempo, mira fíjate te voy a contar, hubo un tiempo en que me dejé de tratar; ¿por qué?, pues muchos problemas con mis hijos; ¿por qué?, pues yo tenía que salir a trabajar y pues mi esposo no me daba mucho pa’l gasto, entonces yo tenía que salir a trabajar y pues me descuidaba porque pues requería mis consultas y no tenía casi mis medicamentos porque pues los niños tienen que comer, tienen que estudiar y pues de hecho por eso me puse muy grave y terminé en el hospital, me quedé sin un pie pues me

tuvieron que cortar porque se me hizo negro, negro, negro, que es que por la azúcar. (Margarita, 56 años, comunicación personal)

Dentro de este orden de ideas, se muestra cómo en otras personas fue necesario dejar el trabajo, sobre todo al inicio de los signos y síntomas, en el proceso de adaptación a la enfermedad y de autoconocimiento de signos y síntomas de híper o hipoglucemia.

En lo que me afectó (la enfermedad) fue que a partir de que me detectaron la diabetes yo en ese entonces todavía duré unos días trabajando, y fue la razón en la que no me dejaron porque al principio, no sé por qué razón, pero sí caía de repente un mareo o no sé por qué situación varias veces estuve en el suelo sin darme cuenta, a veces yo decía ¡ah caray! ¿qué pasó?, ya me levantaban o equis cosa, mis hijos se empezaron a dar cuenta de eso y fue la razón por la que me retiraron del trabajo. (María Rosa, 46 años, comunicación personal)

El hablar del trabajo como parte de la determinación social de las trayectorias de padecimiento de personas con una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2, es necesario puesto que se ha descrito más el papel del trabajo en cambios ligados a enfermedades del tipo estructural o lesiones, como comenta Laurell (1978):

[...] dado que pone al trabajador en contacto con agentes que le causan accidentes o enfermedades. Esta conceptualización reproduce la forma tradicional de la medicina que ve la enfermedad como un fenómeno biológico que ocurre en el individuo. (p.3)

En contraparte, la Salud Colectiva propone argumentar que los daños a la salud de los trabajadores son resultado de las contradicciones; desde los fines que persigue, hasta la forma en la que se organiza el trabajo en la sociedad capitalista. Por eso, su solución depende más de problemas de poder y capacidad reivindicativa que de problemas técnicos (Nava et al., 2014).

En este sentido, el trabajo en las sociedades capitalistas estimula trabajos de largas horas laborales, con pocos tiempos de descanso, que se refuerzan con valores nuevos basados en la productividad que a su vez generan modos de vida

malsanos. Si bien la salud hegemónica laboral se ha enfocado en la identificación de “factores de riesgo” en los centros de producción bajo la lógica del análisis del proceso de trabajo, sobre todo identificando riesgos ergonómicos, físicos, químicos y ahora incorporando la salud mental, aún falta hablar de las condiciones que provoca de manera indirecta. Los bajos salarios, la mala alimentación, la escasa educación, las malas condiciones de vivienda y transporte y la sanidad insuficiente son condiciones que convergen con una legislación y condiciones macroestructurales que se aceptan a nivel nacional (Nava et al., 2014).

Es por ello que lo ideal sería analizar al trabajo en las trayectorias de padecimiento considerándolo más allá de un simple generador de bienes para las personas con diabetes tipo 2. Es preciso enfatizar la necesidad de no reducirlo a un medio de acceso al consumo de bienes materiales y de explicación de los problemas de salud (tríada ecológica: agente, huésped y ambiente).

La perspectiva ecológica ha dado lugar a un sinnúmero de estudios sobre la relación entre ingreso económico y salud que muestran una correspondencia de gradiente positivo entre el acceso a estos bienes y las condiciones de salud. Sin embargo, algunos estudios no incorporan las principales causas de la desigualdad social y las inequidades en salud, originadas en las relaciones de poder establecidas desde la lógica de la ganancia, organización del proceso de trabajo como: producción social y apropiación privada (Nava et al., 2014).

En este mismo hilo de ideas no se puede obviar y considerar al trabajo como un proceso crítico completamente destructivo, sino tomar en cuenta que el tener un trabajo formal permite a su vez condiciones benéficas como acceso a seguridad social y prestaciones de acuerdo con la Ley federal del trabajo. Como ya comenta Breilh (2003b):

El proceso de trabajo, por ser un proceso que afecta considerablemente el patrón de vida, tiene un impacto considerable en la conformación del modo de vida, y cuando adquiere facetas o formas destructivas suele provocar cambios negativos profundos en la salud, mientras que, por otro lado, ese mismo proceso de trabajo, desencadena consecuencias protectoras y eso,

aun cuando se desarrolla bajo condiciones destructivas. Es decir que un proceso puede desencadenar eventos de los dos tipos simultáneamente. El proceso de trabajo nos sirve para ilustrar el carácter contradictorio de la vida social frente a la salud: en un caso hipotético, a la par que podría ser mal remunerado y estarse realizando bajo condiciones estresantes, sobrecarga postural física y exposición crónica a sustancias tóxicas (facetas destructivas), al mismo tiempo contribuye a la organización del tiempo, el aprendizaje, a la construcción de algún sentido para la vida, a la obtención de un valor de cambio de la fuerza de trabajo (facetas protectoras). (p.210)

De acuerdo a las características de los participantes en su mayoría dedicadas al trabajo doméstico no remunerado, es importante analizar como la condición de pandemia trajo consigo algunos cambios que provocaron un aumento en la demanda de trabajo doméstico y una sobrecarga en las actividades del cuidado no remunerado, en el caso específico de las mujeres (Manzo y Minello, 2020).

Autoras como Amilpas (2020) describen como el contexto de pandemia visibilizó de las desigualdades de género existentes, en el caso de las mujeres a través de actividades o tareas que implicaban la responsabilidad del cuidado al interior de los hogares, de las personas enfermas.

MODELOS DE ATENCIÓN

En las trayectorias de padecimiento, desde el inicio de los signos y síntomas, se identificaron formas de atender la enfermedad y el padecimiento. En este sentido, si bien no se preguntaba de forma directa a través de una pregunta que aborde esta categoría, parecía algo inherente hablar de la atención. Esto es congruente con las concepciones de Menéndez (2003) sobre cómo a través de la carrera del enfermo se pueden identificar las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener por muy diversas razones.

Para este trabajo se consideró la definición de modelos de atención, que hace referencia a más allá de las actividades de tipo biomédico, tomando en cuenta a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos de manera intencionada a través de las cuales se busca prevenir, dar tratamiento, controlar y

curar un padecimiento determinado (Menéndez, 1990a; Menéndez y Di Pardo, 1996, 1999).

De acuerdo a Menéndez (2003), en Latinoamérica existen diversos modelos de atención utilizados para tratar los padecimientos. Congruente a ello, al abordar las trayectorias de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2, se identificaron los modelos de atención que describen haber utilizado en diferentes momentos, los cuales van más allá del modelo biomédico hegemónico.

En las entrevistas fue posible identificar diferentes modelos de atención, incluidos el modelo popular o tradicional y las alternativas paralelas como las de *new age* y la autoayuda. Se destaca que la principal forma de atención descrita por los participantes fue la “biomédica”, desde servicios de primer nivel de atención hasta de tercer nivel. Así mismo, se destaca que en la mayoría de los casos no fue el único utilizado, sino que converge con algunos otros.

Vale la pena comentar que el modelo de atención aparece en las narrativas al describir ciertos hitos considerados relevantes durante la trayectoria como son: el primer internamiento, el diagnóstico, la identificación de complicaciones y el inicio del tratamiento farmacológico, por referir las mayormente mencionadas en los discursos de los participantes.

También se describe cómo han hecho uso de medidas o actividades acorde a lo que llama Menéndez (2003) “modelo tradicional”:

Estuve tomando la penca esa, la que le llaman la espada del rey, es como si fuera una penquita, tipo sábila, pero no es sábila, y con esa bajé la creatinina [...] un tiempo me empecé a sentir mal y me tomaba las hierbas que sirven re ´bien para la diabetes. (José, 67 años, comunicación personal)

Así mismo, también se describen prácticas o medidas alternativas paralelas o *new age* que, como comentan algunos autores (Menéndez, 2003), incluyen a sanadores, bioenergéticos, o nuevas religiones curativas de tipo comunitario. En este sentido, uno de los participantes comentó el uso de la medicina cuántica;

señala que ha hecho la verdadera diferencia en su calidad de vida, como comenta a continuación:

No, yo creo que el cambio está desde adentro (el cuerpo) [...] así como, Deepack Chopra, así como suena, este es un gran médico, que te habla sobre la medicina cuántica, que es la célula más pequeña que tenemos en nuestro cuerpo, tu cuerpo está formado por cuanteros, verdad, y básicamente te habla de un encuentro contigo mismo, verdad, y en función de eso tú puedes tener un diálogo con diferentes órganos, con tus pulmones, con tu corazón, con tu rodilla, con tu piel, con tu cerebro, verdad y este..., y es maravilloso, verdad, no es una cuestión de brujería, es algo que está comprobado. (Jaime, 57 años, comunicación personal)

Otras de las medidas de *new age* usadas por los participantes, fue el biomagnetismo, para lo cual manifiesta:

De hecho, sí, es que cuando iba al seguro me llenaban mucho de pastillero y pues no, la verdad no, yo no veía mejoría, mejor me cambié con un nefrólogo, y el nefrólogo este, más o menos me mantenía controlado ¡según eso!, me mandó a hacer un ultrasonido y salí con una lesión de los riñones. Entonces pues yo dejé de ir, fue cuando empecé a ir al biomagnetismo y con las gotitas estas de dióxido de cloro. (José, 67 años, comunicación personal)

Durante las entrevistas algunos expresaban cómo en su mayoría con el uso de varias alternativas de atención a la salud se buscaba siempre un beneficio que se expresara en sus estudios sanguíneos, principalmente el control glicémico.

Esto es relevante y concuerda con algunas reflexiones de Menéndez (2003), especialmente con la reflexión de cómo en las sociedades capitalistas se incrementa la población que realiza diferentes tipos de acciones en busca de mejorar el estado de salud físico a nivel individual, frecuentemente a través de intervenciones sumamente medicalizadas; para este fin también agregan formas alternativas de atención a la salud. Esto se pudo observar también en las entrevistas puesto que generalmente, aunque el modelo de atención primordial era

biomedicina, se complementaban con algunas intervenciones de acuerdo al modelo de medicina tradicional.

No, porque me ponía la insulina en las mañanas, mi pastilla que me dio el curandero, porque nos dio el medicamento y me tomaba eso sí que mucho, mucho té de yerbabuena, y de betabel, mucho té de yerbabuena con canela y manzanilla. (Agapita, 71 años, comunicación personal)

Si bien, como comenta Menéndez (2003), existe un juicio desde el sector salud a dicha medicación, las personas buscan alternativas que perciben mejor para su enfermedad. Ante la percepción de no mejorar, buscan nuevas; es decir, no usan una sola estrategia sujeta a un modelo de atención, sino que pueden usar varias simultáneas o diversas en su trayectoria, tomando en cuenta la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida.

Vale la pena analizar cómo la situación de la pandemia causó un cambio también en la atención. La reducción de la atención a enfermedades crónico-degenerativas repercutió negativamente en el abastecimiento de equipos y fármacos (Menéndez, 2020).

Esto hizo más frecuente la autoatención, en el caso específico que se describe a través de las trayectorias de padecimiento. Se señala que la autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina con la automedicación exclusivamente; sin embargo, existen otros tipos de tratamientos no farmacológicos que las personas eligen para no solo tratar la enfermedad, sino el padecimiento.

De manera específica se identificó que la mayoría de los participantes recurría a la autoatención; por ello, parece relevante retomar el concepto de Menéndez (2003) puesto que es el más idóneo debido a varias definiciones sobre el mismo:

La autoatención se refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun

cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la auto prescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención. Estas auto prescripciones, en función de cada padecimiento y de las condiciones socioeconómicas y situación de los sujetos y micro grupos, conducen a que una parte del proceso de prescripción y uso de terapéuticas adquiera autonomía, por lo menos en términos relativos. (Menéndez, 2018, p.106)

En este sentido expresan el uso de algunos remedios tradicionales que de manera individual se decide usar con el objetivo de un mejor control terapéutico sobre la diabetes tipo 2, o como una alternativa para sentirse mejor: “Un tiempo me empecé a sentir mala y me tomaba las hierbas que sirven re ´bien para la diabetes” (Josefina, comunicación personal).

Esta autoatención no solo es de productos de herbolaria, sino de algunos considerados “productos milagro” para el control de la glicemia capilar:

Muy sincero yo, yo haz de cuenta que mi medicamento es muy fácil de adquirir; voy a la farmacia Guadalajara y también me compro de genéricos, de hecho, me compré ayer dos paquetes. Ahorita me acabo de tomar mi medicamento, es de, de *Herbalife* y me cuesta como unos veinticinco pesos cada paquete con cuatro pastillas por ahí, con treinta tabletas o sea por eso me compré dos paquetes. No voy con ningún médico y bueno no, no, me he visto en esa necesidad o sea no, mis parámetros, ehh... nunca se han disparado. (Jaime, 57 años, comunicación personal)

Estos hallazgos son congruentes con algunas reflexiones de Menéndez y Pliego (2018) que señalan que un sujeto al que le diagnostican diabetes desarrollará su vida a través de su enfermedad, lo cual significa no solo que algunas de sus actividades deberán reorganizarse en torno a su padecer, sino que éste es parte de su manera normal de “estar en el mundo” y/o de su identidad como sujeto. Pero este estar en el mundo no solo normaliza lo patológico como parte de la vida –hasta posiblemente despatologizarlo-, sino que normaliza el uso de medicamentos y

tratamientos que en su mayoría proceden del saber biomédico y de la industria químico-farmacéutica; por lo menos para algunos sectores sociales que en determinados países, tanto centrales como periféricos, son los mayoritarios. Este tipo de procesos son parte de los saberes y experiencias cotidianas (Menéndez, 2002; Pliego, 2018).

Así mismo, la pandemia trajo pánico con el bombardeo de información, al grado de hablar de un perfil sobre quiénes tienen más riesgo de morir. Se trata, en su mayoría, de personas adultas mayores con alguna enfermedad, particularmente con enfermedades no transmisibles. Lo anterior también cambió la forma de autoatención; por ejemplo, algunos participantes describen el uso de dióxido de cloro a través de gotas diarias, té de ajo o tés de hierbas para mejorar el estado inmunitario.

Si bien se juzgó fuertemente la automedicación, también se expresaba la preocupación por la inexistencia de un tratamiento; las personas decidían optar por alguna alternativa que consideraban preventiva.

Otro de los modelos de atención que describen son los grupos de ayuda mutua, como el DiabetIMSS. Algunas personas expresaron que no tenían la intención de ir; sin embargo, su médico familiar “los mandó” debido a que estaban en mal control glicémico. Si bien se ha reconocido el papel de la respuesta social organizada a través de grupos de ayuda, como los formados para personas con problemas de consumo de alcohol, en el caso de personas con diabetes no parece una situación voluntaria en su mayoría, o que se genere una relación especial en el grupo. Asisten a las pláticas que replican en su mayoría una educación pasiva y unidireccional, al menos por las descripciones que comentan en las entrevistas.

Algunos fragmentos descritos son congruentes con estudios como el de Arganis (2005), en el cual explica cómo los participantes, también con diabetes tipo 2, tienen una búsqueda incesante por encontrar alivio para los síntomas y en su mayoría ubican la atención de la enfermedad en la lógica de la ideología hegemónica, donde predominan el individualismo, los procesos mercantiles, la

secularización, así como la responsabilidad personal y familiar en el mantenimiento de la salud o la enfermedad.

El modelo de atención de las personas con diabetes tipo 2, si bien se suscribe en su mayoría al uso de la biomedicina hegemónica, es influenciado por algunos otros procesos críticos de diferentes dimensiones. Por ejemplo, en la dimensión general hay más accesibilidad a ciertos fármacos que a otros; en el contexto de las instituciones públicas, surge la escasez de medicamentos debido a la pandemia; así mismo, también se involucran costumbres y tradiciones que se han usado y aprendido por otras generaciones a lo largo de la vida. En el nivel particular se encuentran las condiciones económicas familiares y por último, en el singular, la percepción de lo que se cree mejor en ese momento dado para la enfermedad, la forma de vivir el padecimiento y la aceptación del diagnóstico.

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

En las categorías centrales resalta el papel de la familia. Desde el inicio de la enfermedad y el diagnóstico, por ejemplo, Julio comenta cómo al recibir el diagnóstico tuvo un impacto a nivel de los integrantes de su familia, pero principalmente en la madre, para lo cual expresa:

Nada, o sea, fue así como ehh (al conocer el diagnóstico), mi mamá por ejemplo sí se puso a llorar, es que ¿por qué a mi hijo? [...], y yo le decía ¡ay mamá!, ¡no pasa nada! Están muy al pendiente de mí, o sea, investigan. ¡Vaya!, también mi mamá, n´hombre, o sea, ha leído infinidad de artículos sobre la diabetes; está en grupos de diabetes en *Whats*, *Facebook*, busca siempre “a ver hoy qué voy a cocinar”, para que no me haga tanto daño; “ hoy te hice esto de comer mira... me informaron que lo de tu neuropatía es por esto, por esto, por esto y tiene cierta solución”, “este, si tú ya no te quieres inyectar, este, pues mira, podemos hacer esto, esto y esto para que el nivel baje (de glicemia capilar), y te mantengas estable”. O sea, se ha informado mucho, mucho mi mamá, mis abuelos, mis tías, o sea, son como los que más he visto que están más al pendiente de mí, así como bien pendientes, bien pendientes. (Julio, 30 años, comunicación personal)

Vale la pena mostrar y reflexionar que el apoyo es diferente en el caso de los integrantes de la familia respecto a si se es hombre o mujer: en el caso de los hombres, es más común que se manifieste el apoyo familiar para la dieta y el cambio en los estilos de vida. Sin embargo, en el caso de las mujeres era poco común el cambio en los estilos de vida y se enfocaba más en el apoyo de tipo económico para adquirir, por ejemplo, equipo médico como un glucómetro:

Pues el chuyillo (hijo) es el que me anda arrimando los medicamentos y anda al pendiente, todo, y el Erick (hijo), cuando apenas se dio cuenta de que estaba enferma ahí anda; cuando estaba estudiando me compró mi glucómetro y todo. (Ascensión, 60 años, comunicación personal)

Ejemplo de estas diferencias se pueden leer en los fragmentos de José, quien comenta el papel de la esposa que asume el cuidado de su salud, y como consecuencia se asumen los cambios también para ella y el resto de la familia.

Mi esposa es la que, ella me hace de comer, y se procura por hacer mejor las cosas y también, yo también me preocupo de que se alimente bien, lo que, como yo, come ella, compartimos, por ese lado no hay ningún problema. (José, 67 años, comunicación personal)

No, sí, muy apoyado en todo. De hecho, inclusive mis hijos más jóvenes, tengo que mis nietos, tengo dos hijas ya casadas, este, han cambiado sus hábitos, porque yo soy un ejemplo para que no les pase ya cuando no hay remedio. Yo tuve una de mis hijas, la mediana; hace poco le salió como en 119-118 (niveles de glicemia capilar) y ya cambió los hábitos y ahorita otra vez, ya está en 85 -90 (niveles de glicemia capilar) y ya está entendiendo mucho el tema de cambios de hábitos alimenticios. (Juan, 55 años, comunicación personal)

Algunos de los participantes se han percatado de estos cambios a nivel familiar, y han asumido expresar su percepción y negativa a que continúen:

Mire pues la familia, hasta ahorita te digo; sí se preocupa y saben que estoy enfermo y mantienen un margen, mantienen ahí su margen, incluso ellos no son de los que llegan y dicen: “vamos a comer esto”, y yo les digo: “ustedes

coman lo que ustedes puedan comer y a mí déjenme”; ahora sí, lo que yo voy a comer o consumir, ustedes no se preocupen por mí; ahorita preocúpense ustedes por ustedes. Porque, por ejemplo, yo ya tengo que cuidarme porque ya estoy casi llegando a los 60 (años). (Sixto, 57 años, comunicación personal)

Cabe considerar que, entre de los códigos que se pueden mostrar en esta dimensión, están las condiciones económicas, familiares y cómo éstas permiten o dificultan acceder a las recomendaciones del personal de salud como la realización de ejercicio y el cambio en los estilos de vida (más específicamente a una alimentación saludable), así como adquirir medicamento que no se encuentra disponible en el sector público.

Toda la vida estaba llenito; cuando me dan trabajo, me metí a un gimnasio, no me metí antes pues por el dinero, ya gano mi dinero entonces me meto al gimnasio. (Julio, 29 años, comunicación personal)

“¿Y usted por qué no se cuida?” (refiriéndose a la enfermera que lo atiende en DiabetIMSS); no pues es que imagínese, pues yo nada más como huevo y frijoles, ¿de dónde quiere que compre una lechuga?, ¿de dónde quiere que compre una verdura? Yo lo que puedo comer es huevo y frijoles, ¿de dónde quiere que saque pa´mi dieta? (Víctor, 46 años, comunicación personal)

Mmm pues no, económicamente pues yo lo puedo pagar, pero creo que una persona de escasos recursos pues es muy difícil porque de puro medicamento al mes son casi 7000 pesos, 8000. (Pablo, 42 años, comunicación personal)

En la familia pueden generarse procesos críticos tanto destructivos como benéficos; sin embargo, no es de manera fortuita, sino que estos mismos procesos pueden desencadenarse desde la dimensión general. El hablar de las familias de personas con diabetes tipo 2 ha adquirido cada vez más importancia, a tal grado que se ha asociado el papel de la familia en las conductas de automanejo y por tanto es una forma de predecir el control glicémico (Moreno-Tochihuitl et al., 2018).

Más que volver a la causalidad, se quiere hacer evidente que a través de los fragmentos se muestran procesos críticos que pueden beneficiar la adaptación al padecimiento, como son la participación de la familia desde la aceptación de la enfermedad y el acompañamiento en los cambios que generalmente se prescriben en las diferentes esferas de la vida de la persona con diabetes tipo 2. Entre esos cambios se encuentra la alimentación, la actividad física, los nuevos horarios, el régimen dietético y medicamentoso, que, si bien están centrados en medidas terapéuticas hegemónicas, existe una participación familiar. Por otro lado, existen procesos destructores: dependiendo de qué integrante enferme, existe una nueva configuración familiar, así como la replicación del discurso biomédico que se enfoca en la enfermedad individual y que en la familia se traduce en “él es el enfermo” y él deberá asumir las consecuencias. Lo anterior transforma las relaciones de poder en la familia.

Otro de los hallazgos identificados apunta que la explicación más constante de la causa de la enfermedad es la genética. Se asume, por tanto, que al tener un familiar con diabetes la posibilidad de desarrollarla es inminente. En algunos casos esa posibilidad se da por hecho; es decir, esperan que los integrantes de la familia desarrollen la enfermedad. Al respecto, existe una contradicción entre la información recibida puesto que por una parte se hace énfasis en la necesidad de evitar factores de riesgo individuales transformando los estilos de vida y por otra parte existe una percepción de que la enfermedad, complicación y muerte es inevitable debido a la historia familiar de diabetes.

Algunos participantes como Julio asumían esta situación normalizada; nuevamente se explicaba la enfermedad de manera unicausal: genética como sinónimo de enfermar.

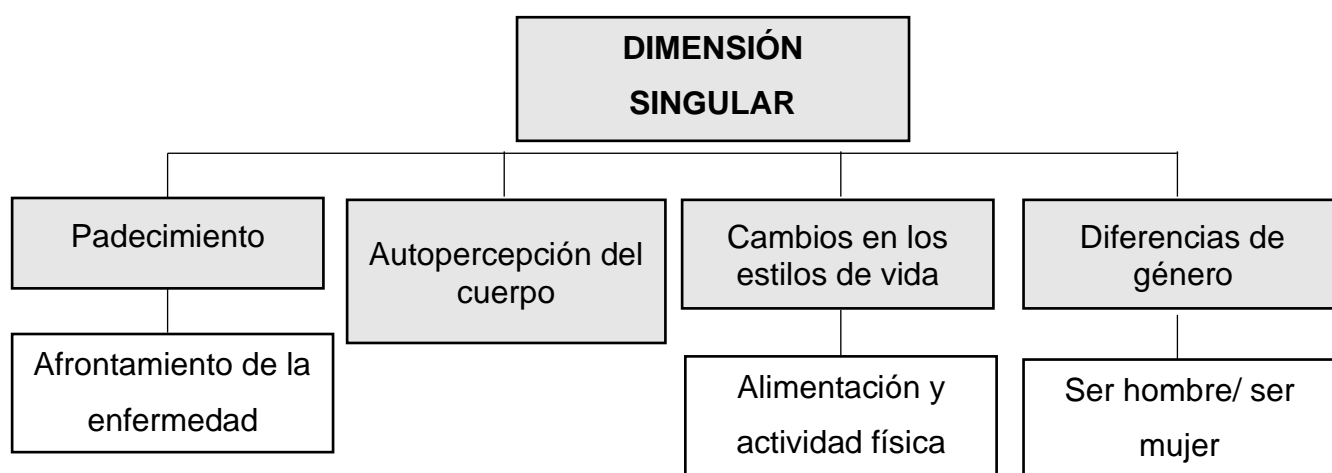
La misma pandemia centró la atención en las personas con enfermedad crónica y sus familias. Implicaba no solo cuidar a la persona con diabetes tipo 2, sino a nivel familiar evitar que cualquier integrante enfermara para evitar el contagio y la muerte.

En el papel familiar, de acuerdo a los hallazgos, se resalta la importancia del soporte y apoyo de la familia para los cambios en la vida diaria, pero también la relevancia de las condiciones económicas y laborales, sin dejar de lado el apoyo espiritual a la persona con DM.

3.4.4 Dimensión singular

Figura 10

Categorías que pertenecen a la dimensión singular



Nota. Fuente: elaboración propia

Como ya se mencionaba con anterioridad, la dimensión singular se refiere a las condiciones genotípicas y fenotípicas, así como a la subjetividad, el libre albedrío y al padecimiento de la enfermedad. A través de la entrevista a profundidad fue posible identificar no solo una gran cantidad de códigos sino también de información relacionada específicamente con tópicos que involucran el padecimiento de la enfermedad.

AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Una de las categorías que llama la atención es el afrontamiento de la enfermedad que se describe de manera general por los participantes, descrita en diálogos en los cuales se expresa la culpa de tener diabetes.

Algunos experimentan el afrontamiento de la enfermedad tempranamente; es decir, en el momento del diagnóstico. En general lo expresan como un momento de incertidumbre, de angustia o de negación en el que la aceptación puede ser un proceso largo en algunas personas con años de vivir con la enfermedad; principalmente se habla de la culpa de enfermarse, asociada a los malos hábitos alimenticios y al sedentarismo:

Se me vino el mundo encima, pero ¿cómo que yo con la diabetes?, ¡no podía creerlo!, pero pues sí se siente uno mal y de hecho a mí como que me daba mucho sueño, como que yo nada más quería estar acostada, no le comía bien y este yo le pliqué eso al doctor pero él me dijo que, “es su angustia de usted, como usted está angustiada, por eso se siente así”, entonces ya después pues ya poco a poquito este pues ya fui así pensando bien las cosas, tranquilizándome y todo, mis hermanos pues hablan conmigo de que pues que yo no me preocupe, que no esto, que no lo otro, que no tenga miedo, que mientras yo me cuide y este me digan a mí lo que yo tenía que hacer, mi medicamento, pues voy a estar yo bien, obviamente si no te cuidas y si no te tomas tu medicamento, pues claro que vas a estar mal, pero no ahorita gracias a Dios ya este, ya me siento mejor, porque antes al principio también me daban así como una especie de ansiedad, así me sentía yo, así bien mal y así también le comenté al doctor, me había dado unas pastillitas que se llaman Hidroxizina entonces las tomé, me dijo tómese la mitad en el día y una entera noche, pero ya después Sergio me dijo “no tía, no se adapte a estar así tomando medicamento, mejor usted solita este pues no se estrese, ni esté pensando nada para que usted no se sienta así y cuando usted se siente así sálgase, camine, haga esto, haga lo otro” y ahorita te digo, gracias a Dios ya ahorita me he sentido mejor. (Martha, 45 años,

comunicación personal)

Yo no podía dejar de tomar, de fumar, de consumir cosas que no; o sea, pues, así como que a mí me valió, pues que me tomo la pastilla y yo sigo con mi vida. (Julio, 30 años, comunicación personal)

Pues físicamente de repente mal, de repente una vez por semana o cada 15 días me da el bajón de azúcar que es cuando me siento un poquito mal, pero de ahí en fuera yo creo que no, de lo emocional pues no, creo que tampoco me pegó tanto todavía no me cae el veinte o no estoy tan consciente de la gravedad del asunto o no quiero darme cuenta de esa situación, le digo, pero sí me siento bien en general. (María Rosa, 46 años, comunicación personal)

Existen casos en los que el conocer más de la enfermedad y tener mayor información, se visualiza como una oportunidad de cambio y de posible adaptación:

Pues mira son mitos, o sea, ya cuando te encuentras ante una realidad te das cuenta de que la vida no es eso, o sea, este pues amplías tu, tu, tu área de oportunidades este a través de la información básicamente de la educación, tú te das cuenta que no es así, o sea, tengo ahorita ya alrededor de veinticuatro años de diabético. (Jaime, 57 años, comunicación personal)

También se habla de cómo el proceso de adaptarse y aceptar la enfermedad se acompaña de cambios en el caso de hábitos alimenticios, ejercicio y medicación. Este proceso de adaptación lo describen las personas como una situación de asumir el cuidado de sí mismo, pero se acompaña de un discurso repetitivo de responsabilidad única e individual, de asumir las consecuencias si no se tiene el cuidado que se considera adecuado para alguien enfermo de diabetes.

También hay que pensar en la enfermedad, verdad, también que decir “sí, estoy enfermo”; sabes que sí me tengo que cuidar, tengo que hacer ejercicio, tengo que alimentarme bien, pero también nos ayuda mucho estar ignorando un poco. (Miguel Ángel, 46 años, comunicación personal)

Mire lo único, lo único que sí es una enfermedad muy, muy, muy fuerte, es una enfermedad que tiene uno que cuidarse demasiado porque no crea, son cosas que de repente te pasan y pues ya cuando uno quiere, quiere cambiar de modo de vida o de modo de pensar ya es demasiado tarde, pero yo sí lo único que sí les diría y lo compartiría es de que tengamos que cuidarnos porque sí es muy duro vivir con la enfermedad. (Sixto, 57 años, comunicación personal)

LA AUTOPERCEPCIÓN DEL CUERPO

En la categoría “cuerpo”, se pudieron recuperar las percepciones acerca del propio cuerpo; por ejemplo, Julio explica cómo desde niño ha tenido sobrepeso. Sin embargo, al ser diagnosticado con diabetes se percata de que ha bajado una cantidad considerable de kilos, por lo cual, percibe que su control de la enfermedad ha sido el adecuado, mismo que se refuerza con los comentarios de los conocidos cercanos acerca de la imagen positiva que ahora tiene, considerada más aceptable y atractiva.

Sin embargo, él comenta que a pesar de que se consideraba más atractivo, más delgado, a nivel clínico se le identificó un descontrol metabólico, y en las primeras complicaciones el bajar de peso en realidad no era una condición saludable, sino que era signo de descontrol; incluso se acompañó de atrofia muscular asociada a diabetes.

Era yo, o sea, me enfocaba en nada más mi físico; decía: “pues es que estoy delgado, estoy bien, estoy atractivo, yo me siento bien, pus quiere decir que ando bien”; o sea, ya ni me checaba la glucosa ni nada. (Julio, 30 años, comunicación personal)

Además, dentro de este tópico es posible también identificar cómo se ha normalizado que al tener diabetes “es normal” bajar de peso e incluso considerarse como algo deseable o positivo: “Pues no, no porque la diabetes voy con sed y de orinar, otras complicaciones, baja uno de peso, mucha sed, ahorita cuando empecé con eso de la diabetes yo pesaba 112 kilos, ahorita peso 84” (José, 67 años, comunicación personal)

Dentro de los hallazgos existe una tendencia a identificar la delgadez como sinónimo de salud y eso es lo deseable, lo que es correcto de acuerdo al estereotipo de cuerpo sano vigente. Esto concuerda con la propuesta de Le Breton (1995): “Los estereotipos se presentan como el cuerpo, limpio, neto, joven, seductor, sano, deportivo. No es el cuerpo de la vida cotidiana” (p.132).

Durante la trayectoria de padecimiento existen referencias al cuerpo: el cuerpo obeso como el de riesgo, el no deseable, asociado al mal control. Por el contrario, se busca el cuerpo delgado; aunque esto en algunos participantes, lejos de considerarse saludable, es apenas el vestigio de cambios metabólicos de gravedad. Así mismo, cuando se habla de las complicaciones, el cuerpo pareciera que se fragmenta en los órganos de mayor riesgo para complicaciones; se hace énfasis en los pies, el riñón y los ojos. El hablar de cuerpo se acompaña de percepción de miedo, miedo a que este órgano ya no funcione; en este sentido, Le Breton (2011) comenta:

El cuerpo se declina en piezas separables, se fragmenta. Estructura modular de piezas sustituibles y mecano que sostiene la presencia sin serle fundamentalmente necesario, el cuerpo es hoy reconstruido por motivos de conveniencia personal, en ocasiones incluso en la persecución de una utopía técnica de purificación del hombre, de rectificación de su ser en el mundo. El cuerpo encarna la parte mala, el borrador que hay que corregir. (pp.37-38)

Cabe señalar que los participantes manifiestan cómo las recomendaciones del personal de salud establecen el control del peso como indicador de un buen control de la enfermedad. En caso de encontrarse en sobrepeso u obesidad, las recomendaciones dietéticas generalizadas se centran en temas como “el plato del buen comer”, “la jarra del buen beber”. Esto es congruente con trabajos como el de Garza González (2015), en el que señala cómo desde la atención se asume y se define al cuerpo como enfermo; y esto, aunado a los estereotipos sociales, ha adquirido una encarnación social de rechazo desde las políticas en salud, instituciones, prácticas y la publicidad a nivel poblacional.

En esta misma línea existen fragmentos en los que se expresa que existe un cambio de percepción del cuerpo, relacionado con algunas complicaciones que ocasionan cambios en la imagen corporal como en el caso del pie diabético y la amputación. Por ejemplo, Josefina comenta cómo después de la amputación de una de sus extremidades inferiores le era muy difícil verse a sí misma en el espejo, así que decidieron quitar todos los espejos que permitían verse de cuerpo completo: “Pues sí, de hecho, en mi casa ya no tenemos espejos; bueno, solo uno chiquito. Pues es que no es lo mismo de verte parado a verte sentado con una pierna nada más, sí es difícil verte así” (Josefina, 72 años, comunicación personal)

Este fragmento es relevante ya que deja entrever que el cambio corporal después de la amputación va más allá de perder la estructura física. Conlleva nuevas percepciones sobre el propio cuerpo y cómo se adapta y relaciona desde la nueva funcionalidad. Como comenta Merleau-ponty (1994), el cuerpo es nuestro medio de tener al mundo y es por el que me relaciono con los otros, con las cosas y con el propio mundo, lo que es vivido por mi propio cuerpo.

Josefina comenta cómo la amputación no solo afectó la forma en la que se percibe, sino que hubo un cambio en las actividades que realizaba antes de la amputación, haciendo nuevas adaptaciones para realizar las actividades esenciales como cocinar. Asumir que necesitaba apoyo para actividades como el baño y la higiene la hacían sentirse no solo triste por la pérdida de la pierna, sino por la transformación de la vida independiente que tenía.

Por tales motivos, el cuerpo que enferma solo se evidencia cuando existe un momento de “crisis, de excesos: dolor, cansancio, heridas, imposibilidad física de llevar a cabo tal o cual acto, incluso, la ternura, la sexualidad, el placer, el cuerpo en la modernidad puede hacerse presente o ausente de acuerdo a la dolencia, a la posibilidad de permitir realizar las tareas habituales” (Garza González, 2015).

Otro de los puntos a discutir es cómo Josefina no se asumía como una persona con discapacidad física. A pesar de la amputación, el uso de silla de ruedas y la dependencia para actividades de la vida diaria, ella se refiere como una persona con diabetes; ya se sabe o se obvia que puede tener una amputación, como si se

tratara del curso normal de la enfermedad. Esto conlleva tal vez una primera discusión acerca del imaginario de una persona con discapacidad que se centra en una explicación reduccionista, individual, generalmente de origen congénito, en el que la que debe adaptarse es la persona, cuyo origen parte desde la comparación con la persona que se considera “normal”, o en este caso la que era antes de la amputación. Como ya comenta Ferreira (2008):

La discapacidad puede ser concebida no como una característica objetiva aplicable a la persona, sino como una construcción interpretativa inscrita en una cultura en la cual, en virtud de su particular modo de definir ‘lo normal’, la discapacidad sería una desviación de dicha norma, una deficiencia, y, como tal, reducible al caso particular de la persona concreta que la padece.

Resulta relevante hablar sobre ello porque no se puede reducir solo hablar de complicaciones de la diabetes tipo 2, sino de cambios en la funcionalidad que condicionan discapacidad. Desde las políticas públicas y normativas vigentes, es necesario no solo hablar del riesgo, sino que en la presencia de una complicación como la amputación son necesarias las adaptaciones sociales para acceder a una mejor calidad de vida. Si bien esas adaptaciones suelen existir para las personas con discapacidad física congénita, no es igual para las personas que la adquieren por alguna enfermedad crónica, ya que se les culpabiliza por el hecho de tenerla, y este imaginario se reproduce y se evidencia en la falta de programas y políticas que se enfoquen en esta población. Lo anterior es una ironía puesto que la diabetes es una de las principales enfermedades que forman parte del panorama de la morbilidad y mortalidad en México, pero se habla poco de las discapacidades que genera.

Las nuevas formas de comprender, atender y hablar de discapacidad desde una perspectiva social, son congruentes con la determinación social de la salud. Las trayectorias de padecimiento que se exploraron en esta tesis muestran la necesidad de hablar de discapacidad; nuevamente, si bien no era una categoría que se abordara de manera intencionada, surge desde la voz de los participantes.

Hablar de discapacidad desde el modelo social implica considerar que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales (Maldonado, 2013). Lo anterior se refleja en el caso de Josefina expuso arriba, en quien es innegable que existe una nueva condición física; sin embargo, para que ella pueda acceder a una vida integrada en la que siga realizando sus actividades de la manera más independiente posible, se requiere más que intervenciones puramente médicas o clínicas e individualizadas, intervenciones desde los diferentes ámbitos sociales, familiares, desde los niveles macroestructurales a los individuales. Por ello, efectivamente hablar de la discapacidad en personas con diabetes tipo 2 es congruente con la determinación social de la salud. En este caso, la trayectoria de padecimiento muestra cómo uno de los procesos críticos que se pueden describir es la discapacidad. Se trata de un proceso crítico destructivo que causa cambios, en gran parte negativos. En el caso de Josefina, se reflejan en desempleo, dependencia, cambios en la salud mental, nueva configuración de la familia, sentimientos de tristeza e incluso cambia la forma en la que accede a la atención a la salud. Por ejemplo, comenta que después de la amputación prefería ya no ir a las consultas porque expresa que la ven diferente, la discriminan, “a uno lo miran feo”.

Así mismo, se presentan sucesos que prefiere guardarse para sí misma por vergüenza, como comentar que le duele la pierna que hace tiempo le amputaron.

Desde estos hallazgos, el cuerpo nuevamente muestra que no se trata de una simple autopercepción, sino que ésta se ve influenciada desde lo macrosocial; es decir, lo que se considera adecuado, saludable, deseable, mismo que se refuerza constantemente desde la publicidad, las políticas públicas y en la familia.

Es innegable que la composición corporal desde lo biomédico hegemónico representa una condición medible, monitorizable desde la invención del IMC o índice de quetelet. Sin embargo, también es obsoleto hablar del cuerpo como medida de salud. En el caso específico de la persona con diabetes tipo 2, dependerá de otras condiciones que únicamente la ingesta dietética: cambios fisiopatológicos asociados a la enfermedad, el tratamiento, la aceptación del mismo, condiciones de

salud mental, la subjetividad que la persona considera sobre sí misma, las condiciones familiares que influyen en los modos de vida y las condiciones laborales, por mencionar algunos. Si bien las recomendaciones que realizamos como personal de salud, lejos de ser maliciosas, se realizan en pro del cumplimiento de la normativa nacional vigente, se denota la necesidad de ampliar estas actividades hacia la integralidad y la determinación social.

Desde el campo de la Salud Colectiva ya se han propuesto miradas críticas que parecen pertinentes retomar debido a su congruencia con este trabajo de tesis. Una de las perspectivas sobre el cuerpo que ya se ha desarrollado resalta desde la teoría del biopoder de Foucault (2001,2002) de la que únicamente se retomará lo que es relevante para el trabajo.

En los diferentes periodos históricos, las personas se han visto inmersas en una serie de dispositivos de poder que pretenden el disciplinamiento. Foucault (2001,2002) comenta cómo a partir del siglo XIX este disciplinamiento está relacionado con la realización de trabajo de mano de obra; se buscaba la obediencia a través de las funciones repetitivas y puntuales que por consiguiente generaban personas productivas. Al paso del tiempo se sumó una nueva responsabilidad: el cuidado sobre sí mismo y el cuidado del cuerpo desde la promoción y difusión de lo que se acepta que se haga y lo que se rechaza socialmente, en el que el castigo es fomentado a partir de correcciones individuales. Esto dará origen a lo que Foucault (2001,2002) llama biopoder y biopolítica; el primer término se refiere al tipo de correcciones que se enfocan en el cuerpo desde su individualidad y el segundo término a las que recaen en la población (Foucault 2001, 2002).

En este sentido, esta tendencia no exime a las personas con diabetes tipo 2. Ya Breilh (2010) comenta cómo se ha vuelto una de las principales enfermedades dentro de los países con desarrollo capitalista híbrido, en el que por una parte convergen las enfermedades infecciosas y por otra parte, enfermedades de países altamente desarrollados o centrales en los que los modos de vida, las condiciones de trabajo y el modo de producción capitalista influyen en gran medida las condiciones de salud, pero también lo que se considera sobre el cuerpo. Se busca

el cuerpo sano, el cuerpo que resiste a más trabajo, el trabajo entre mayor mejor en el que se pide cierta obediencia. En el caso específico de las personas con diabetes tipo 2, se le señala constantemente este cuidado de sí mismo, el cuidado del cuerpo individual que se reforzará también desde los mensajes que se enfocan a nivel poblacional.

CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

Cuando se cuestiona acerca de los cambios en la vida de las personas, en su mayoría se refiere a los cambios en los estilos de vida, más específicamente en los hábitos alimenticios. Algunos de los entrevistados llegan al punto de planear qué cantidad y tipo de alimentos consumen de manera metódica, como Jaime que comparte lo siguiente en su entrevista:

Yo soy como muy metódico, nunca dejo de comer a las horas; yo siempre como a las 10 de la mañana, a las 3 de la tarde y a las 8:30 de la noche y eso también es lo que más me ha afectado porque a veces nomás me como una manzana y algo bien ligerito, y antes cenaba mucho antes; siempre he sido de muy buen comer, pero nunca he tenido así una afectación, soy muy ordenado en cuanto a comer; de repente me desordeno, por ejemplo, toda la semana he estado súper ordenado y a lo mejor mañana me como unas gorditas. (Juan, 55 años, comunicación personal)

Al igual que Juana María, quien expresa cómo ha tenido que familiarizarse con otros alimentos no habituales en su dieta, o que no son de su agrado para poder mantener las recomendaciones alimenticias en cuanto a cantidades, e incluso analizar realmente cuáles alimentos de los disponibles puede consumir en conmemoraciones familiares:

Mmm pues sí hubo cambios, sí hubo cambios, porque fue así como, bueno y me gusta la nata voy a comer poquita, aunque sea de leche bronca, y la doctora me decía es que es muy grasosa y yo le decía mire doctora estamos acostumbrados a esta leche porque mi hija me compró de esta leche light y créeme que me ocasionó una diarrea de aquellas que para qué te cuento y era lo que le decía a la doctora créeme que a veces yo ando muy ocupada

en cuestiones de mis hijos y luego con hambre y luego me tomo un vaso de leche y créeme que es como si me comiera un plato de comida porque me quedo con satisfacción porque es como una leche entera y pues bueno me dijo que nada más no la debía de consumir la leche a diario y evitar mucho la grasa y te digo si me gusta la nata pues comía poquita; empecé a disminuir el nivel de azúcar, por ejemplo, me tomaba mi café con leche y le ponía media cucharadita de azúcar, ahora sí que solo era para darle sabor a las comidas o pues un pan. (me decían) Si se come un bolillo no se coma el migajón o (de) un pan dulce comase nada más la mitad de una concha y así de ese tipo de modificaciones en la alimentación o por ejemplo en el caldo pues me gustaba mucho el nervio o el gordito o bueno pues eso ya no, y es cuestión de mentalizarse y decir esto no y es raro comerlo y es ahora que me operaron de la vesícula, y me invitan a comer me hago a la mentalidad de que nada más son 3 taquitos y con una tortilla y punto, ahora con esto de la pandemia consumo mucho el té de canela con jengibre o caldito con tomillo por lo general consumo dos litros de agua o de té y eso fue lo que modifiqué, que si me gusta mucho el plátano, procuro no comerlo muy seguido y este no comerlo tan seguido ja, ja es que en general me gustan mucho las frutas, te digo que hace poquito me comí las dos naranjas bien ricas, o por ejemplo un mango pero sí procuro no comerlo muy seguido, ahora en este diciembre hicimos lomo relleno y espagueti y ensalada y verduras al vapor, y luego mi hermana hizo ensalada de manzana, ponches y mi hermana hizo buñuelos y mi hija hizo gelatina y bueno dije ¿qué cómo?, me serví un pedacito de lomo, un poquito de espagueti, unas verduras y estaba con los ojos sobre los postres, pero dijo no, porque me tomé un jarro de poche y ahí van concentradas todas las azúcares de todas las frutas y pues no, entonces dije que no, pero yo sola trato decir esto sí, esto no y así. (Juana María, 54 años, comunicación personal).

Los cambios en los estilos de vida asociados a la alimentación no solo tienen un impacto evidente en la persona considerada enferma, sino que existen cambios familiares e incluso cierta presión por la misma para mantener estas

recomendaciones que, si bien se visualizan como solo un cambio de conducta, se encuentran enlazadas a las costumbres, a lo que se ha aprendido a través de la familia por generaciones, a lo que se puede acceder y se tiene disponible.

Se asocia la alimentación saludable únicamente con verduras y ensaladas, estigmatizando los alimentos que pudieran contener grasa, pero que también contienen nutrientes. El foco no es el alimento en sí, sino cómo puedo mantenerlo dentro de mi alimentación, o cómo al mantener el consumo de ciertos alimentos existe la expresión de un sentimiento de culpa.

Mis hijos, nada más lo único que me decían: “¡ay mamá!”, “¿por qué?”, era lo único que me decían y ahorita, hasta ahorita que coma más saludable, que no coma tantas grasas, que no sé cuánto, pero a veces sí soy media socarrona y no, no les hago caso. (Eduwiges, 56 años, comunicación personal)

Sin embargo, el alimento no solo es algo que satisface las necesidades alimenticias, sino que el alimento para algunos es una forma de disminuir padecimientos como el dolor y mejorar el control glicémico.

El refresco. Pues es lo que te digo que ya no verdad, sí un traguito ahí como para matar el antojo, pero ya no como antes que, a la hora del almuerzo un refresco, a la hora de comer refresco, a la hora de cenar un refresco y ahorita ya no, ahorita me echo mis tés de manzanilla, de varias hierbas, me echo ese de albahaca con manzanilla, con eso se me calman los dolores este de los pies verdad que a veces dan. (José, 67 años, comunicación personal)

Pero seguir estas recomendaciones alimenticias consideradas saludables no es sencillo. Se asocia lo que se ingiere con los niveles de glucosa, que incluso ya no se sabe qué alimentos ingerir y cuáles no; aumenta la presión ante las opiniones de los familiares cercanos sobre lo que se debe o no se debe comer o hacer:

Pues, ehh... aam..., pues más que nada el acostumbrarme a ciertas comidas, a que no todo puedo comer, que yo misma, antes yo no era mucho de comer dulce, hasta eso no, no me gustaba mucho lo dulce, no me gustaba mucho lo salado, entonces no era yo muy adicta a la azúcar, tengo mi

hermana, a mi hermana mayor sí le encantaban los chocolates y ella sí comía mucho chocolate, y yo no, no soy muy buena para la azúcar entonces no batallé mucho para dejar yo de comer azúcar, pero sí al principio batallaba porque había días de que comía algo y como que me subía a veces la azúcar me sentía mal o a veces yo dejaba de comer y me bajaba mucho la azúcar, o sea batallaba mucho para poderme estabilizar; le digo que dos veces me subió de más porque pues yo comía, trataba de no comer dulce pero había cosas que sí comía y después mis hermanos me decían, ¡no! eso no comas porque eso te hace daño. (Eva, 58 años, comunicación personal)

Creo que uno de los puntos que más llama la atención, es cómo en general la persona se convierte, se transforma; pasa a ser paciente e intenta retomar estas recomendaciones que, aunque parecieran únicamente alimenticias o incluso de actividad física, reclaman una reorganización de lo que se es como persona, el papel en la familia e incluso las condiciones económicas de accesibilidad e inequidad que dificultan aún más. Lo anterior, aunado al proceso de incorporar no solo las recomendaciones que se sugieren, sino el cambio en la visualización, percepción y aceptación como una persona con diabetes y aunado a las nuevas limitaciones en lo que se come, se hace, se duerme y lo que se establece como tratamiento farmacológico.

Sí se me hace que también es cuestión de pues que y ya tienes que cambiar todo, y tienes que cambiar tu hábito alimenticio, tienes que cambiar la forma de vivir porque a veces uno a veces es sedentario uno no hace ejercicio no te mueves nada más de la casa al trabajo y lo que hagas de esfuerzo en trabajo y a la vez a lo mejor en la casa, pero ejercicio en sí uno no hace y yo creo que dentro de todo esto sí es el tratamiento, sí es la alimentación y es el ejercicio, yo creo es un conjunto de; yo he visto gente que de repente ya le van quitando el medicamento porque ya se va controlando mejor, pero pues tiene que ver todo eso y pues un conjunto todo lo que tenemos que hacer para mejorar. (Miguel Ángel, 46 años, comunicación personal)

La realización de cambios en la alimentación se percibe por los participantes

como un problema. Esto es congruente con algunos otros autores que comentan que seguir una dieta específica altera las situaciones familiares y culturales; se convierte en una meta difícil de lograr debido a la complejidad de modificar la alimentación y este cambio de hábitos se vuelve una lucha constante (García et al., 2006).

Algunos otros trabajos de investigación muestran cómo las intervenciones nutricionales, en el caso específico de la diabetes tipo 2, muestran una complejidad mayor que la simple implementación del plan dietético, en el que se requiere un análisis que permita conocer más allá de la situación individual, la familia y la comunidad (González, 2019).

El cambio en la alimentación para fomentar una alimentación saludable es una de las principales estrategias o mensajes que se fomentan desde el macrosistema, que se refuerzan en el mesosistema y que llegan hasta la singularidad. Si bien se han descrito siempre los beneficios de la misma, desde el mensaje de “mídete, chécate”, se asume que las personas pueden cambiar sus hábitos alimenticios si así lo desean. Sin embargo, frecuentemente se desconocen los contextos sociales, económicos, políticos y culturales en los que se pueden realizar estos cambios, así como la autonomía relativa que pueden ejercer, en el sentido individualista y reduccionista de la salud (Gómez, 2013; Breilh, 2003b).

Al ser la determinación un tema amplio, la forma en que se abordó fue la entrevista. Vale la pena considerar que cuando se habla de diabetes en México, es necesario ampliar sobre la alimentación por ser uno de los temas centrales. Particularmente, la profundización de este tema se requiere desde las dimensiones generales y particulares, dado que una de las limitantes de este trabajo de tesis se enfocó en lo individual y la alimentación se encuentra determinada también por procesos más grandes como las políticas que tienen que ver con la producción y el abasto de los alimentos en México. En este sentido, es necesario desde el análisis de autosuficiencia hasta la soberanía y seguridad alimentaria, que confluyen con los cambios en el patrón alimentario en México, así como la llegada de las empresas líderes mundiales en comida rápida y por supuesto otros cambios a nivel económico

tales como el surgimiento de libre comercio con Estados Unidos de América, Canadá y otros cambios que se ven reflejados en la oscilación de los ingresos familiares, además de las condiciones de trabajo que condicionan en gran medida no solo los ingresos sino los horarios disponibles para la alimentación (Gómez et al., 2005).

AUTOCONOCIMIENTO

A continuación, se muestran algunos datos de autoconocimiento. Se refiere a las expresiones dentro de las entrevistas en las cuales los participantes muestran cómo eran capaces de reconocer cambios en su glicemia capilar a través de signos y síntomas que eran identificados como característicos de hipoglicemia e hiperglicemia. Esto es importante ya que marca una diferencia entre lo que antes no se percibía o no se sentía y lo que luego se vuelve relevante para mantenerse bien; se le da importancia a lo que se siente, a lo que se percibe en el cuerpo.

Cuando la traigo alta yo siento, siento que, que cómo se llama, así como sudoración, pero no tanto, cuando se baja es cuando se siente muy mal, eso sí así se me ha bajado a mí como dos, tres veces, pero no de perder el conocimiento, no, gracias a Dios, nomás a sude y sude frío, y a tiembla y tiembla, el temblor, la temblorina y a sude sude frío, cuando se me baja, cuando se me baja, pero casi no se me, no, cómo se llama, me dijeron que, cinco comidas, el desayuno, el almuerzo, una colación, la comida, y otra colación. (Ana, 54 años, comunicación personal)

Cuando la traigo baja le digo me siento así mal, así como bien temblorosa y sudorosa y cuando la traigo alta no siento nada más que, así como, como la vista de este como que me cala, como que no veo así raro y ya mi hija me la checa y sí la traigo alta. (Eduwiges, 56 años, comunicación personal)

Una vez se me bajó el azúcar muy feo, me agarré a temblar muy feo y me dio mucho frío. (Ascensión, 60 años, comunicación personal)

Sudo mucho y se me pone tembloroso el cuerpo, es cuando siento que sí se me baja. Luego, luego que empiezo a sudar es porque algo me está pasando,

este y como tengo el glucómetro, luego, luego como algo. (Brenda, 45 años, comunicación personal)

AUTOESTIMA

Una de las categorías relacionadas con el cuerpo fue la autoestima, ya que al notar disminución en el peso corporal se asociaba a una situación positiva. Era percibida por la persona con diabetes tipo 2 como una característica más atractiva que reforzaba su autoestima. En el caso de Julio, éste comenta:

Durante ese tiempo, o sea, súper bajé de peso; yo me veía y decía “oye pues sí esta guapo”, “sí estás bien”, me subió mucho la autoestima, hubo muchas chavas que me empezaron a buscar y pues yo me daba el lujo de a ver, hoy salgo con esta, mañana con la otra, y así y así, entonces como que me estuve distraendo mucho de mí porque pues porque yo era como la novedad, era la novedad de es que “¿ya viste a Julio cómo esta?” y me distraje y me empecé a descuidar otra vez; ya no me inyectaba, comía mal. (Julio, 30 años, comunicación personal)

En caso contrario, también la enfermedad de diabetes se asocia a complicaciones, como es el caso de Margarita quien fue diagnosticada con pie diabético y esto trajo cambios en su autopercepción y su autoestima.

De este modo, la autoestima puede resultar un área afectada de la persona con enfermedad crónica, cuya reconstrucción requiere no solo enfocarse desde la importancia de la salud física sino considerar los aspectos psicológicos y sociales. Algunos estudios han planteado que la falta de autoestima se puede expresar en desinterés por sí mismo, lo que puede relacionarse como detonante no solo en cuestiones de adhesión al tratamiento (Rangel et al., 2018), sino incluso, desde la perspectiva de la determinación social, un proceso crítico que puede incluir cambios a nivel de las relaciones familiares u otros aspectos como el trabajo.

Desde los estudios de epidemiología hegemónica, se ha observado en los últimos años un énfasis entre la asociación de autoestima y adherencia terapéutica, en los que se ha identificado que la baja autoestima se relaciona con poca adherencia terapéutica (Rangel et al., 2018), y esto como un detonante de aun

mayor riesgo de complicaciones. También se refiere que la autoestima media a baja y la depresión se relacionan con sentimientos de inferioridad, poca actividad y aislamiento, lo que se asocia con un déficit en el control glucémico (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Czarnecki et al., 2018).

GÉNERO

Si bien se han descrito diferencias entre hombres y mujeres, también se expresan diferencias del impacto que tiene la enfermedad en los roles de género tradicionales. En el caso específico de lo que se considera ser un hombre, uno de los participantes más jóvenes (30 años), comenta que tener un descontrol en los niveles de glucosa se acompañó de la aparición de las primeras complicaciones, entre ellas dificultades en su vida sexual. Esto le preocupaba puesto que le pegaba en su “orgullo de hombre”:

Mmm o sea, si no voy a poder lograrlo (erección) pues, por lo mismo de la glucosa alta, entonces fue como algo que me pus sí me alarmó mucho, digo ¿por qué? ¿y por eso?, y sí me pasó hace como un año, o sea no siempre pero yo decía: “¡ay qué pasa!”, “¿por qué no funciona o no logro una erección?”; cuando estaba con mi novia de hace un año, me acordé de lo que me dijo la endocrina esta, y fue en la época que yo te digo que ya no me estaba checando, no me estaba inyectando (insulina) ni nada, porque me veía bien físicamente, pero a lo mejor por dentro pues estaba totalmente mal, entonces te digo no fue de siempre, pero sí ocasiones en las que decía “¡achís! ¿qué pasa conmigo?” no suelo ser así, pues también eso, a lo mejor se va escuchar un poco machista, pero a un hombre eso sí le pega en el orgullo gacho, de “¡híjole no funcioné ahorita con mi novia!”; ahora, una persona que no se cuida, la verdad ¿no sé cuál sea su sentir o cómo le haga? No sé yo no lo siento como indispensable en una relación, la sexualidad, pero sí tiene que ver, o sea no es el cien por ciento, pero sí influye sí tiene cierto peso. (Julio, 30 años, comunicación personal)

Otro participante (Víctor), expresaba que lo que más le dolía y no aceptaba de tener diabetes, era que su vida como hombre había terminado. Refiriéndose a

que ya no era el proveedor de la casa, y la relación con su esposa había cambiado: “La doctora me decía que por qué no aceptaba yo la enfermedad, y la enfermedad sí la acepto, lo que no acepto es que mi vida como hombre se acabó” (Víctor, 46 años, comunicación personal)

En lo que respecta a las mujeres, se hace referencia al papel que tenían en el hogar. Si bien estas características son las definidas tradicionalmente como rol de género, para ellas era importante desempeñarlas, y por complicaciones como amputaciones o caídas asociadas a lapsos de hipoglucemia habían dejado de realizar:

Sí, sí porque yo quisiera, ¡ay!, lavar en mi lavadero como lavaba, yo quisiera alzar mi casa, barrer, trapear, quisiera hacer muchas cosas y no puedo, mira yo sí cuando amanezco buena voy y lavo los trastes, barrer no puedo, ni trapear. Luego ya le hago de almorzar a mi esposo cuando puedo y hay veces que me da sabe qué, que él me tiene que hacer a mí, y tener que pues que hacer, ahora otra cosa, hay veces que no me puedo ni cambiar porque no me puedo ni agachar. (Guadalupe, 67 años, comunicación personal)

Estos hallazgos son congruentes con algunas revisiones integradoras (Mendoza-Catalán et al., 2018; Hirsch y Alonso, 2020) cuyo objetivo era conocer cómo el género, aunque es una construcción social y cultural (Cruz-Sánchez et al., 2020), denota diferencias en las prácticas, roles y normas; en la forma de pensar y actuar sobre el cuidado de la enfermedad, así como su manejo. Se observa que las mujeres reciben un menor apoyo familiar pues se define que el rol como mujer es una barrera para el automanejo. En el caso de los hombres, se identifica cómo mejoran su cumplimiento de la alimentación y toma de medicamentos por el apoyo familiar; sin embargo, también es posible ver que el trabajo, la falta de tiempo y la ausencia de síntomas graves o de complicaciones son considerados como una barrera. De manera importante, se señala que los ideales masculinos tradicionales les impiden aceptar estar enfermos, por lo que ocultan su diagnóstico, muestran fortaleza y orgullo en público (Liburd et al., 2007).

Algunos autores insisten en la utilidad de la incorporación de la perspectiva de género al estudio de la diabetes, debido a que permite contextualizar la vulnerabilidad; asimismo, destacan que existen diferencias entre varones y mujeres en los modos de vivir, enfermar y morir (Hirsch y Alonso, 2020).

También existen algunas discusiones sobre la relevancia de hablar sobre las diferencias a nivel orgánico entre el sexo masculino y femenino, que luego se acentúan cuando se analizan las diferencias de género. Por ejemplo, se afirma desde la epidemiología hegemónica cómo en el caso del sexo femenino, asociado a procesos hormonales, durante el embarazo y el puerperio se tiene una mayor vulnerabilidad para enfermedades no transmisibles y cardíacas; de esta manera, se aborda al sexo de manera tradicional desde la epidemiología. Sin embargo, las condiciones socioculturales vulneran aún más su riesgo de complicaciones y muerte por estas enfermedades (M. García, 2018).

Así mismo, también se ha discutido cómo desde los servicios de salud existe un rol de género que constantemente es reforzado en los roles sociales tradicionales. Mientras los hombres se desempeñan como proveedores, las mujeres lo hacen como cuidadoras; a los hombres les corresponde el rol de trabajadores y esto condiciona el acceso a los servicios de salud y cómo se accede a los mismos (Álvarez-Díaz, 2020; Guarnizo-Herreño y Agudelo, 2008).

3.4.5 Los hitos de las trayectorias

3.4.5.1 El inicio de la trayectoria: El inicio de los síntomas

Cuando se abordó acerca del inicio de los signos y síntomas, se pidió al participante que explicara un poco las condiciones de vida, incluyendo lo personal y lo laboral que caracterizaba esa etapa o momento en particular.

Se pudo identificar que el inicio de los signos y síntomas se dio en un contexto que aumentaba la vulnerabilidad de la persona; tales como condiciones de trabajo que promovían largos periodos de ayuno, limitaban la disponibilidad de alimentos saludables e incluso situaciones asociadas al territorio como el acceso al agua potable que se describió con anterioridad.

Si bien lo definen como un escenario en el que se llevaron a cabo los sucesos o el inicio del padecimiento, son pocos los participantes que lo asocian a la enfermedad.

Esto es congruente con Minayo y Thedim (2003); es decir, hablar de diabetes es hablar y problematizar también las nuevas dinámicas laborales que precarizan el trabajo, reducen los tiempos de comida y recreación y generan condiciones de estrés permanente y determinan enfermedades no transmisibles como, en este caso, la diabetes tipo 2 (Minayo y Thedim, 2003; López y Medina, 2010).

Así mismo, se puede identificar que, si bien algunos participantes expresan los signos y síntomas clásicos de polidipsia, polifagia y poliuria, a pesar de tener en su mayoría familiares con diabetes esto lo asociaban con cansancio laboral o infecciones urinarias, de tal forma que no se buscaba atención por sospecha de la enfermedad e incluso en algunos casos esto se hizo cuando fue necesario un internamiento o la identificación del inicio de complicaciones.

Lo anterior es congruente con el estudio de Quiñonez (2019), en el cual los informantes reportaron la necesidad frecuente de orinar, una sed constante, resequedad de la boca, boca amarga, dolor de cabeza y agotamiento general. Sin embargo, al percibir los primeros síntomas de la diabetes no se encontró explicación lógica de lo que su cuerpo experimentaba.

3.4.5.2 La reacción ante el diagnóstico

Uno de los temas que se analizó en cuanto a la trayectoria de padecimiento fue el momento del diagnóstico, o la forma en la que de manera directa y formal los participantes fueron informados sobre el diagnóstico de diabetes tipo 2. Entre las principales impresiones se encontraron: miedo, negación e incluso sentimientos encontrados al no saber cómo reaccionar ante una enfermedad que no se esperaba.

[...] Miedo a enfermarse, a morirse, a irte. O sea, como que llega una crisis este existencial, en que se te acaba todo, sobre todo por los mitos que existen alrededor de la diabetes verdad [...] (Jaime, 57 años, comunicación personal)

[...]Pues yo me sentí mal, porque, o sea, yo no lo creía, no lo aceptaba, dije, “pero ¿por qué?”, cuando fui al médico yo venía y venía llorando, ahí venía todo el camino yo llorando, porque, porque o sea no, como que no, y pues sí dure mucho tiempo para asimilarlo así como que decía no, yo no tengo eso, y no tengo eso y así pero pues no, no, sí me sentía, sí me sentía mal [...] (Eduwiges, 56 años, comunicación personal)

[...] Me creó, así como un susto, una depresión de que “¡chin, eché a perder mi cuerpo!, ehh..., ya no voy a ser el mismo de antes, o sea, hasta en mi carácter cambió muchísimo, entonces este te digo fueron tal vez que se me acumuló o acumularon muchas cosas [...] (Julio, 30 años, comunicación personal)

La relevancia de estos hallazgos se sustenta en los fragmentos en los que algunos de ellos comentan cómo este sentimiento de tristeza, miedo o negación complicó aún más adaptarse al manejo de la enfermedad; desde el tratamiento farmacológico al no farmacológico, así como el cambio de los estilos de vida. Esto es congruente con Oris (2016), quien identifica la importancia de la aceptación de una enfermedad crónica; hace referencia a cómo los sujetos admiten su nueva condición como parte de sí, sin ser abrumados y, finalmente, le denomina enriquecimiento a la generación de cambios positivos que le permiten al paciente crecer como persona, lo cual deviene en beneficio para su identidad de enfermedad y adaptación al tratamiento (Oris, 2016; Luyckx et al., 2018).

Por otra parte, también hubo casos de participantes que expresaron esperar un diagnóstico de diabetes. Comentan que al ver enfermar en el pasado a algún familiar directo era una situación que en determinado momento provocaba que el diagnóstico ya se encontrara en sus planes de vida. Esto es evidente en fragmentos como:

[...]Mmm, no a mí no me afecta, sabía que me iba a dar diabetes mmm... entonces sabía que estaba en mis planes [...] (René, 46 años, comunicación personal)

[...]Sencillamente pues así como un cáncer que por decir ya me tocaba pus ya me tocaba a la otra parte de mi vida, que el control de mi vida y de mi salud depende de mí, para empezar desde una aceptación, trato de no y creo que por siempre una depresión nada, nada de estar triste o si momentos de sentimentalismo o triste o problemas familiares me dan ganas de llorar y trato de, de hacerlo [...] (Juana, 54 años, comunicación personal)

Como se puede identificar, al enfermar de diabetes los participantes lo relacionaron con la herencia, pero también a una situación inevitable. Esto coincide con los resultados de Arcos (2019), quien en sus hallazgos señala que los participantes identificaron a la diabetes como un padecimiento atribuido a la herencia, vinculando en todos los casos a algún familiar en el que observaron el decremento en la salud de éste hasta llegar a la muerte.

Esto es de relevancia puesto que, aunque la diabetes tiene un componente genético hereditario importante, es una situación de salud aún más compleja que no puede reducirse a lo hereditario.

Desde la Salud Colectiva, más precisamente desde la determinación social de la salud, la diabetes es una enfermedad multicausal que se inserta en una realidad compleja y contradictoria en la que es posible analizar la problemática desde lo macro hasta lo microsocioal. De acuerdo a Medina y López (2010), es necesario estudiar los procesos sociales que están en la base de la epidemia de diabetes tipo 2, como la transformación de los modos de vida expresados principalmente en el predominio de las dinámicas urbanas, los cambios en las condiciones de vida, los arreglos familiares, las estrategias de vida cotidiana y las relaciones de poder al interior de los grupos domésticos (Brunner, 1996; Arriagada, 2002; Valdés, 2008).

3.4.5.3 Las primeras complicaciones VS vivir sin complicaciones

Al abordar en la entrevista el tema de las complicaciones, llama la atención que las expresiones de miedo son frecuentes: el miedo al daño renal y la amputación fueron las principales complicaciones que se mencionaron.

Esto es congruente con Canguilhem (1982), quien analiza cómo en el fondo lo que interesa a la ansiedad popular son las complicaciones. Es decir, cuidamos más la enfermedad en la que una enfermedad corre el riesgo de precipitarnos, que la propia enfermedad actual; más que una complicación de la enfermedad, lo que existe es una precipitación de enfermedades.

Si te da diabetes pues te da una depresión, sientes que las cosas se, se están acabando verdad, que en cualquier rato te vas a enfermar de todo verdad, y este que vas a perder la vista, que te van a cortar un pie que todo ese tipo de cosas, este actualmente eso es algo que me ha ayudado mucho verdad, hasta la fecha, este no llevo ninguna dieta, si me tengo que echar un menudo, me como un menudo, me como una barbacoa, unas tortas, refresco de dieta o sin dieta, este cerveza, cigarro eh y mis niveles afortunadamente hasta el día de hoy se mantienen, se mantienen estables verdad, de ya te voy a decir que estoy en 95 ni 105, siempre ando sobre 110 o 120 y eso que hay días que dejo de no tomar metformina prolongado tiempo a veces me eh atrasado cuatro días, y nada, cuando yo digo, cuatro días pues tengo que traerla, la azúcar hasta arriba verdad, y me quedo sorprendido que estoy en los ciento veinticinco, ciento veintiocho, ciento treinta, tengo mi glucómetro, este, tengo un reloj inteligente que me checo regularmente mi oxigenación, mi presión sanguínea, mi manómetro, y ha coincidido con, con él, entonces sí le monitoreo seguido. (Jaime, 57 años, comunicación personal)

Porque ya andaba perdiendo la vista y la fuerza de mis brazos y por eso le empecé a enseñar a mi sobrino a sobar porque yo pensaba que ya me iba. (Josefina, 72 años, comunicación personal)

Es comprender que vas a estar enfermo el resto de tu vida y que necesitas cuidarte, si no lo haces se te va a complicar un poquito a más, como una filita de fichitas de dominó, se tira una y va tardar a lo mejor en terminarse y ya cuando se termina estás totalmente amolado [...]. (Julio, 30 años, comunicación personal)

3.4.5. 3 La adaptación a la enfermedad

Como parte de la adaptación a la enfermedad se abordó el tratamiento. Al preguntar intencionadamente: “¿cuál era el tratamiento que llevaban a cabo?”, los participantes en su mayoría hablaron acerca del tratamiento farmacológico. Lo anterior ocurre, aunque en el en el caso de México la normativa para el manejo de la diabetes tipo 2 incluye el tratamiento farmacológico y no farmacológico donde se añaden los cambios en los estilos de vida y el papel de la familia, así como aspectos psicológicos.

Lo anterior evidencia la necesidad de problematizar lo que pasa en los servicios de salud, la información que los profesionales transmiten a la persona con diabetes y que pueda marcar la diferencia en la adaptación y adherencia terapéutica.

Por otra parte, hubo aspectos en los que los participantes destacan como positivos al tener la enfermedad:

Pues yo pienso que sí, fíjate, llega uno a la conclusión que uno dice, gracias a la diabetes, cambia uno su ritmo de vida y su ritmo de alimentación, entonces, la diabetes controlándola bien y llevándola bien la alimentación, te enseña a que tengas alimentación buena. (José, 67 años, comunicación personal)

Siento yo que tengo yo una estabilidad emocional que a lo mejor en un tiempo no tuve, entonces ahora sí me siento capaz de sobrellevarlo (La condición de tener diabetes). (María Rosa, 46 años, comunicación personal)

Pues no sé, la verdad yo me sentía muy bien y la verdad no me considero enferma porque yo veo a muchas personas de mi edad que sí perdóneme la palabra sí están jodidas, yo pues todavía puedo salir a hacer mis cosas y pues de que tu digas yo hago mis cosas sola, es independiente, si pues nadie me hace el favor porque yo me los puedo hacer, pero sí pues me enfermé porque me tenía que enfermar porque así lo quiso dios y pues ni modo así es lo que nos toca (Josefina, 72 años, comunicación personal).

3.4.5.4 Lo que se espera: la trayectoria futura

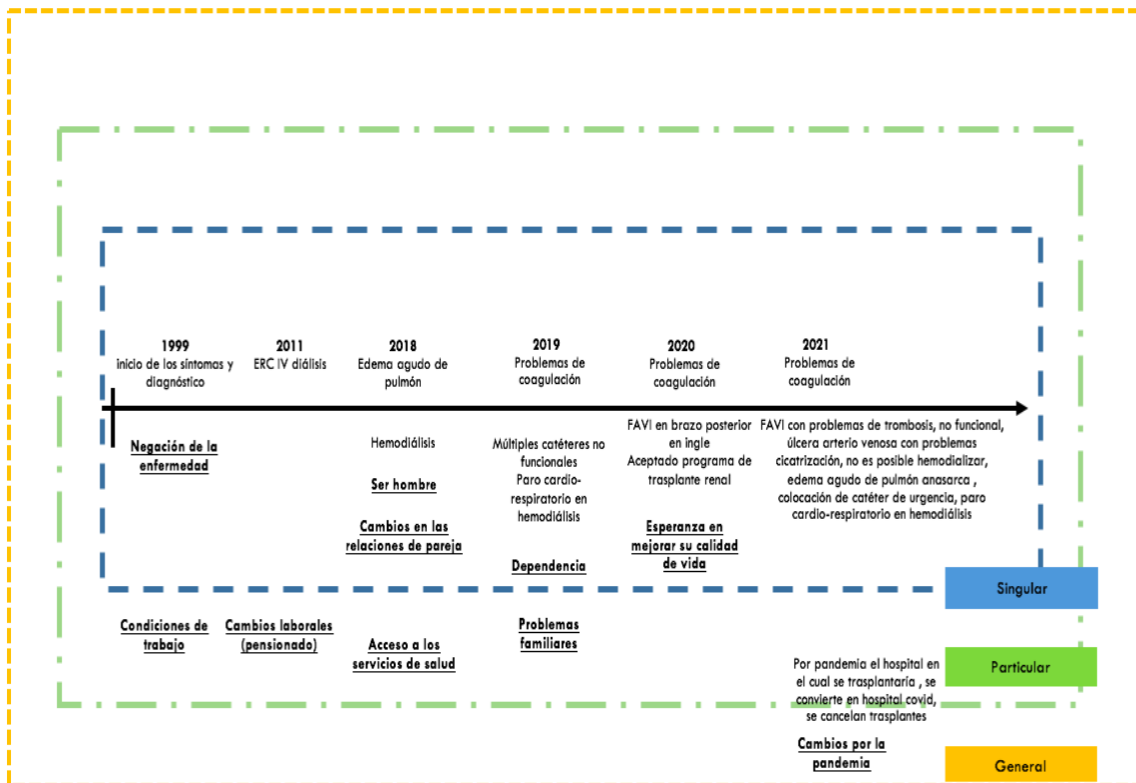
En el caso de los informantes más jóvenes, expresaron miedo por el futuro; no solo a las complicaciones sino a heredar esta enfermedad a sus hijos. Algunos hacen énfasis en el cambio de estilos de vida que tratan de transmitir a las personas cercanas, tanto a nivel familiar como laboral.

Pero también existe una postura más optimista en la que se ha aceptado el tratamiento, y se espera llevar un buen control que no se acompañe de complicaciones.

3.4.5.5 La trayectoria de padecimiento de Víctor Hugo

Figura 11

Trayectoria de padecimiento de Víctor



Nota. fuente: elaboración propia

Al realizar el trabajo de campo fue posible obtener 22 trayectorias de padecimiento que, aunque son diferentes, tienen algunos puntos de encuentro o similitud. En este sentido se eligió la trayectoria de Víctor, pues permite observar de manera más actual cómo el contexto a nivel general de la pandemia por COVID-19 es un proceso crítico capaz de tener impacto hasta la dimensión singular.

Comencemos hablando acerca de quién es Víctor: él es una persona diagnosticada con diabetes desde 1999, el cuarto hijo de seis hermanos que vivió muy de cerca el enfermar y morir de sus padres por la misma enfermedad. Expresó lo siguiente:

Mi papá murió de lo mismo: diabetes; mi papá, este, él tenía la diabetes, se le complicó también, a él lo dializaron, en ese tiempo solo había diálisis ¿te acuerdas? No sé si te acuerdes o sepas, a él le hacían la diálisis y pues ahora sí que nunca se cuidó; él, haz de cuenta, estaba internando y salía; “ve a comprarme unas carnitas, unos mariscos”, “cómprame una cajetilla de cigarros”, nunca dejó el cigarro. (Víctor, comunicación personal)

De los seis hermanos él fue el primero que enfermó, y debido a la experiencia previa con el padre, decidió tempranamente, tras conocer que estaba enfermo, tomar medidas y optar por lo que consideraba más saludable. Los recuerdos que tiene sobre la diabetes en su familia los asocia con la pérdida de su padre cuando tenía 12 años; como una situación especialmente difícil y triste:

Entonces pus a todo eso al que le pegó primero la diabetes fue a mí, a mí me pegó a los 24 años entonces este a mí me pegó primero que a todos, de hecho somos 5 los que tenemos diabetes de los 6 y este a mi mamá también le pegó la diabetes, ella murió también de eso, entonces este pues ahora sí que toda la familia ha sido igual y a raíz de todo eso de que mi papá no se cuidaba pus yo soy diferente, sea no cigarro, no nada entre más me cuide yo sé que voy a cuidar más a mis hijos., Pero fue una vida este muy este, tenía yo 12 años cuando murió mi papá, entonces pus quieras o no como le digo a mi esposa, quieras o no hace falta el papá, sí porque pus no es lo mismo estar platicando con la mamá lo que te pasa lo que te pasa con todo verdad,

entonces había días que llegaba con mi mamá: “fijese que esto, no mira esto y esto”, pero pus era todo veda entonces mi mamá fue mi mamá y mi papá fue muy feliz veda pero sí este sí estuvo yo fui el que más he sufrido con esto. (Víctor, comunicación personal)

Cuando él habla sobre cómo los integrantes de la familia se van enfermando, se refiere a la diabetes como si se tratara de una enfermedad infecciosa que se “pega”. El inicio de su trayectoria la ubicaremos en 1999, año en el cual se da el inicio de los signos y síntomas, así como el diagnóstico formal de la enfermedad, para lo cual comparte cómo se dio cuenta que estaba enfermo:

Porque una vez este tenía la boca bien seca y al baño y al baño a cada rato, sí tomaba mucha agua entonces mi mamá me dijo, “no pus vamos, vamos al doctor”, y ese tiempo era una doctora, me acuerdo que me dijo: “te tienes que cuidar”, dice, “porque en 17 años no va a ser igual y te puedes amolar”; y pus en la edad de 24 años imagínate este bares, bailes donde sea veda entonces pus no me cuidaba como debió de haber sido, entonces había veces que, que no me inyectaba, que no me tomaba las pastillas y ya cuando quise. (Víctor, comunicación personal)

Uno de los procesos que se identificó como crítico en la trayectoria de Víctor, fueron las condiciones de trabajo que son consideradas en la dimensión particular, pero que son capaces de tener impacto en el modo de vida y en la singularidad. Como comenta Breilh (2003):

El proceso de trabajo, por ser un proceso que afecta considerablemente el patrón de vida tiene un impacto considerable en la conformación del modo de vida, y cuando adquiere facetas o formas destructivas suele provocar cambios negativos profundos en la salud, mientras que, por otro lado, ese mismo proceso de trabajo, desencadena consecuencias protectoras importantes y eso, aun cuando se desarrolla bajo condiciones destructivas. Es decir que un proceso puede desencadenar eventos de los dos tipos simultáneamente. El proceso de trabajo nos sirve para ilustrar el carácter contradictorio de la vida social frente a la salud: en un caso hipotético, a la

par que podría ser mal remunerado y estarse realizando bajo condiciones estresantes, sobrecarga postural física y exposición crónica a sustancias tóxicas, (facetas destructivas), al mismo tiempo contribuye como todo trabajo, a la organización del tiempo, al aprendizaje, a la construcción de algún sentido para la vida, a la obtención de un valor de cambios de la fuerza de trabajo (facetas protectoras). (p.209)

En este sentido, puede destacarse que en la vida de Víctor se tuvieron ambas facetas. En cuanto a la destructiva, las condiciones de trabajo condicionaban de cierta forma el acceso a la alimentación no saludable y periodos de sedentarismo.

Mientras que, en la faceta protectora, el tener un trabajo formal con seguridad social le permitió pensionarse una vez que se le diagnosticó enfermedad renal crónica y fuera necesaria la terapia de sustitución.

Siguiendo con la trayectoria, en un inicio, al saber del diagnóstico de diabetes, el informante comenta cómo asoció a la herencia el antecedente de los padres con diabetes: “Sí, no sí pus de hecho bueno, en ese tiempo cuando mi mamá fue cuando le dije yo no quería llegar a esos extremos veda (tener complicaciones) y pus desgraciadamente no le dejaron de herencia dinero, pero sí les dejaron enfermedades así que pus ni modo” (Víctor, comunicación personal)

Víctor asume que, al no tener el cuidado de su enfermedad y no aceptar el tratamiento, en el año 2011 tiene la primera complicación asociada a diabetes y el primer internamiento de urgencia. Se le diagnosticó Enfermedad Renal Crónica en estadio IV, para lo cual se le coloca catéter peritoneal para las diálisis.

Esto traerá consigo cambios a nivel singular, cambios en su autopercepción del cuerpo, de lo que se considera ser hombre, debido a que menciona que tuvo que ser pensionado. Esto también trajo cambios a nivel particular, ya que no pudo continuar con su función de proveedor de su hogar. A nivel familiar su esposa tuvo que asumir el rol de cuidador principal, pero también conseguir un trabajo que les permitiera acceder a los satisfactores básicos para ellos y sus dos hijos.

Así mismo, para poder asumir este nuevo rol, fue necesario buscar redes de apoyo. Para ello tuvieron que mudarse a la casa de la suegra de Víctor a fin de

asumir menos gastos, pero también tener apoyo en el cuidado. Dentro de este hito, Víctor comenta que lo más difícil fue “dejar de ser hombre”:

¿Por qué a mí? Ya no fue esposa, ya no es la misma, ya no fue la misma y de hecho me mandaron con una psicóloga cuando estaba en diálisis y la doctora me decía que por qué no aceptaba yo la enfermedad, y la enfermedad sí la acepto lo que no acepto es de que mi vida como hombre se acabó, porque mi esposa cambió mucho, a veces pienso que ella está esperando nada más a que me petateé y bye. (Víctor, comunicación personal)

Si bien en un primer momento las diálisis eran realizadas por su esposa, al tener que trabajar, Víctor tuvo que asumir y aprender a dializarse. Sin embargo, él pensaba que la solución era solo realizarse el procedimiento, comenta cómo al no saber que debía medir los líquidos que ingería, tuvo una segunda complicación, edema agudo de pulmón en el año 2018, lo cual se vio exacerbado con otros problemas cardiacos asociados, y tuvo que ser trasladado a una clínica de tercer nivel de atención en Monterrey.

Esta situación que se identifica desde la singularidad trajo cambios a lo particular, La esposa tuvo que dejar de trabajar para poder asumir el cuidado, ya que estuvo un mes hospitalizado: Un hito relevante hasta este momento de la trayectoria, fue que tuvo su primer paro cardiorrespiratorio. Él relaciona que el tener este paro cardiorrespiratorio lo hizo reflexionar y hacer cambios en su temperamento:

“Pues yo cambié mucho, o sea, yo no soy el mismo; era muy enojón y ahora no, este de hecho ella me decía que cambiara a pus ...cuando me operaron del pulmón, no sé si te platicué que estaba internado y ya me andaba yendo (refiriéndose al paro). (Víctor, comunicación personal)

Él expresa algunas limitaciones en la atención a su salud, específicamente con las recomendaciones dietéticas y alimenticias:

Pues les faltaba mucho, (al personal de enfermería) ¿cómo te diré? más preparación a los enfermeros, yo pienso que a lo mejor si las prepararan más, si tenían más cursos a lo mejor fuera diferente que porque habíamos, yo me

cuento porque habíamos muchos pacientes que, había una señora “¿y usted por qué no se cuida?”, “no pues es que imagínese pues yo nada más como huevo y frijoles, ¿de dónde quiere que compre una lechuga?, ¿de dónde quiere que compre una verdura?, yo lo que puedo comer es huevo y frijoles, ¿de dónde quiere que saque pa mi dieta?” y la señora así. (Víctor, comunicación personal)

Durante ese mismo año, Víctor cambia de terapia de sustitución, para lo cual se le coloca un catéter mahurka para hemodiálisis. Comenta cómo la misma enfermedad de ERC y su alimentación limitada por sus condiciones económicas denotan un cambio que el describe como: “se le formaban coágulos”, mismos que no permitían tener funcional el catéter y cuya consecuencia era con frecuencia tener que acudir a urgencias por complicaciones.

Desde mi perspectiva, éste es un ejemplo claro de *embodiment*. Las condiciones económicas van a condicionar limitaciones para acceder a una mejor alimentación aunado a la condición patológica propia de la ERC, esto va a traer cambios a nivel del cuerpo que son tangibles en su condición fisiopatológica como el estado de anemia; y los tiempos de coagulación traerá aún más consecuencias: que el catéter sea obstruido y por tanto disfuncional hasta tener que cambiarlo; esto ocurrió al menos en tres ocasiones.

Hasta que los constantes internamientos y el no tener una respuesta por medio del sistema público de salud, lo hacen decidir buscar una valoración por el medio privado. Se le sugiere realizarle una fístula arteriovenosa para mejorar la calidad de vida, la hemodiálisis y sobre todo evitar aún más complicaciones. A la par, Víctor comienza a investigar acerca del trasplante de riñón; en un primer momento describe cómo investigó el costo con servicio particular, pero eso implicaría deshacerse del único patrimonio que tenía: una casa en la periferia de la ciudad.

Así que decide luchar. Se refiere a luchar ya que logra que con insistencias lo transfieran a la valoración por angiología para realizarle el procedimiento

quirúrgico de una fístula arteriovenosa, y de acuerdo a lo que comenta, le brinda una esperanza de tener una mejor calidad de vida.

Cuando Víctor inicia con las hemodiálisis, tuvo que cambiar todos los horarios de su día a día, incluyendo los de su cuidadora principal. Al ser nuevo en hemodiálisis, las sesiones se las programan unos días a las 3 am y otros a las 10 pm:

Pues están bien las enfermeras, el problema es la trabajadora social que no tiene un orden, no tiene un orden porque yo le decía “bueno y este por qué acomoda a pacientes nuevos en la mañana cuando nosotros estamos en la noche pidiendo un lugar” y dice “no es que mira que, no, no, no, es que aquí debe de ser como un escalafón, paciente nuevo en la noche a las 3 de la mañana, a las 10 de la noche”, y ya me fueron cambiando ahorita estoy a las 6 y media, no pues mi esposa era la que me acompañaba y a veces ni dormíamos, llegábamos a la casa y pues tenía que ir a trabajar al siguiente día, sí era bien pesado. (Víctor, comunicación personal)

Para este horario de 3 de la mañana expresa que tiene dificultades, porque debe de llegar al menos 30 minutos antes de la sesión de hemodiálisis; comenta cómo vive a 40 minutos del hospital en taxi. Por el horario y no tener auto propio, implicaba un gasto que no podía solventar; así que decide vender gelatinas y golosinas para sus mismos compañeros de hemodiálisis quienes, como él comenta, salen muy cansados y con hambre. De esta forma puede ayudar un poco a su economía.

Mientras que la fístula está coloquialmente madurando, aún es conectado a través del catéter que se encuentra muy disfuncional, aunado al alto riesgo de coagulación cuando la sangre se encuentra en el sistema extracorpóreo. Es cuando tiene otros dos paros cardio-respiratorios durante la hemodiálisis. Al cuestionarle si alguna vez pensó que iba a morir, él expresa:

Sí, muchas veces ya había pensado varias veces, pero yo le decía a mi esposa como que me desmayo y me quedo dormido en el limbo y ya cuando

acuerdo ya todas las enfermeras alrededor de mí y pus sabe si me iré o no sé. (Víctor, comunicación personal)

Ante estos sucesos, en lo que respecta al padecimiento, expresa una actitud positiva:

Es lo que le digo yo a mi esposa, mira son segundas oportunidades que debes de aprovecharlas, debes de vivir al máximo con todos y es como yo le digo a los pacientes de ahí mismo: “échenle ganas sean guerrilleros”, mucha gente que va y ya me quiero morir yo sufrí yo sufrí, échenle ganas miren vivan la vida ya si nos pasó esto pues ni modo pues son decisiones de dios o sea no, es él quien decide yo no, o sea aquí el chiste es echarle ganas y echarle para adelante. (Víctor, comunicación personal)

Pero comenta cómo en un inicio esto no fue así, describiendo lo más difícil de vivir con diabetes tipo 2:

El momento más difícil es pensar que uno ya no sirve para nada, te digo muchas de las veces me pongo a pensar y me desespero porque nada más esta uno ahí sentado sin hacer nada después de que andaba uno de arriba pa´bajo y está ahí en la casa y a veces son problemas y problemas. (Víctor, comunicación personal)

La parte del padecimiento se torna protector puesto que al final tiene una actitud positiva, con cierta esperanza. Finalmente, es aceptado para su protocolo de trasplante, mismo que se realizaría en el año 2020.

Mientras tanto continúa con problemas de coagulación, con constantes episodios de problemas para poder hemodializarse. Para entonces se decide ya no usar el catéter sino la fístula; al ser tan grave el problema de coagulación, tuvo una colocación de urgencia de un nuevo catéter:

Sí, demasiado, haz de cuenta que me le pusieron el 17 de julio del año pasado y luego pasó 4 meses en noviembre me pusieron, me empezaron a puncionar (la fístula) y en febrero fue cuando ya no quiso, fue cuando me fui a internar ahí y después ya me subieron allá arriba y llegó el doctor agraz

y dijo “vete por un catéter ahorita se lo voy a poner” de hecho aquí me lo iba a poner y no me lo pudo poner aquí, la vena se escondió abajo del nervio entonces me dijo no, necesito el quirófano para ir a ver, me dice te lo voy a poner en la pierna dice al cabo nada más va a ser un mes mientras que dejamos descansar la fístula era un trombo, entonces haz de cuenta que nomás de de repente ya no quiso dar flujo y este y ya y ahorita haz de cuenta que me conectan el aparato y que según esto que se coagula no da mucho flujo entonces lo que quieren es de que vaya a ver si me dan medicamento para un anticoagulante. (Víctor, comunicación personal)

Él describe cómo el tener un catéter cambia su día a día; desde bañarse, moverse, realizar actividades que ordinariamente realizaba y que sin embargo tuvo que adaptarse: “Pues cuando lo traía aquí (el catéter) haz de cuenta que me tenía que poner bolsa y aparte de la bolsa tenía que meterme la mitad del cuerpo a bañar” (Víctor, comunicación personal)

A finales del año 2019, Víctor continúa con constantes internamientos. Finalmente, la fístula se tromboxa y se ulcera; comenta tener demasiado dolor. Deciden realizarle otro procedimiento para otra fístula, pero no se tuvo éxito. Así que se le da prioridad para trasplante de donador no cadavérico, para el año 2020.

En mayo de 2020, el hospital en el cual iba a ser trasplantado se convierte en hospital COVID. Se suspenden varios servicios y procedimientos, entre ellos cirugías de trasplante. Aquí se evidencia cómo las situaciones macrosociales que se ubican en la dimensión general son capaces de generar procesos críticos destructivos y un impacto en el proceso salud-enfermedad individual.

En este caso, a mediados de octubre, Víctor es nuevamente internado. Ahora ya no tiene la misma actitud; el catéter provisional que se le ha colocado se encuentra disfuncional, se ingresa con signos y síntomas de edema agudo de pulmón. Él expresa cómo él debió estar ya trasplantado para esas fechas, pero por las condiciones de pandemia en su punto más alto no fue posible. El día 26 de octubre de 2020 Víctor es hemodializado; sin embargo, cae en su cuarto paro respiratorio del cual no se logra restablecer.

3.5 Matriz de procesos críticos

A continuación, se presenta la matriz de procesos críticos. Este tipo de matriz se propone desde la Salud Colectiva, más específicamente, como una herramienta desde la epidemiología crítica para la gestión colectiva que plantea puede canalizarse básicamente a través de tres mecanismos: la planeación estratégica, el monitoreo estratégico, y el control social sobre la gestión.

La planeación estratégica es el proceso de construcción de un proyecto colectivo con autarquía y claridad de objetivos estratégicos, en un escenario de inequidad social y bajo una estructura de poder (de clase, género y etnocultural) (Breilh, 2003a).

Implica varios momentos. Cabe señalar que no se realizan de manera lineal o mecánica, pero su desarrollo va estableciéndose según las demandas de intervención y gestión del saber: 1) momento de construcción de una matriz de procesos críticos (en la que se formulan los elementos del perfil epidemiológico sobre los que se enfoca el conocimiento y la acción, relacionados a grupos clave y situados en un territorio social y ecosistema); 2) un momento explicativo en el que se establecen las relaciones determinantes y procesos generativos de aquellos procesos críticos; 3) un momento político en que se esclarecen los lineamientos y agenda de la acción, y se analizan las fuerzas involucradas (favorables y antagónicas); 4) un momento de análisis propiamente estratégico en el que asumen las prioridades y las líneas de acción; 5) un momento operativo (Breilh, 2003a).

Si bien esta tesis no se plantea desde una metodología para intervención, la construcción de la matriz de procesos críticos permite visualizar los hallazgos que ya se dilucidaban desde la búsqueda extensa sistemática de información, que se complementó y fortaleció con el trabajo empírico. A continuación, es posible resumir esta información a través de la matriz de procesos críticos que propone Breilh (2010) realizando modificaciones de acuerdo al tópico y objetivo de estudio.

Cuadro 10

Matriz de procesos críticos en la determinación social de la diabetes tipo 2

Dimensión colectiva		Dimensión individual	
Relaciones estructurales generales	Económicas: modelo de acumulación por despojo. Pandemia: cambios a nivel estructural en todas las esferas de la vida.	Estilos de vida y cotidianidad individual	Sobrecarga laboral. Sedentarismo. Uso de productos milagro. Autoatención. Adaptación y aceptación de la enfermedad.
Lógica dominante	Mercantilización y monopolización de la alimentación saludable, la actividad física y mental. Prácticas comunitarias.	Condiciones genotípicas/ fenotípicas	Características genómicas y normas de reacción genética que determinan la capacidad de actividad física. Tono muscular. Capacidad de movimiento articular Calidad de calcificación. Condición cardiovascular. Condición respiratoria. Calidad de metabolismo. Sistema inmune, sistema nervioso. Condición de psiquismo. Condiciones y padecimiento de acuerdo con el género. Embodiment.
Modo de vida (grupos sociales)	Trabajo explotado alienado. Consumismo. Relación con la familia (relaciones de poder). Posición de poder, y género de la persona con diabetes tipo 2. Condiciones familiares, económicas, sociales y culturales		

Cuadro 7

Matriz de procesos críticos en la determinación social de la diabetes tipo 2 (continuación)

Relaciones estructurales generales	Políticas	Estilos de vida y cotidianidad individual	Competitividad. Ausencia de seguridad humana y social.
Lógica dominante	Políticas clientelares. Paternalismo. Políticas emancipadoras. Inexistencia de políticas que garanticen el cuidado como derecho.		
Modo de vida (grupos sociales)	Debilidad del sujeto social. Carencias organizativas y de las instituciones de salud.		
Relaciones estructurales generales	Culturales	Estilos de vida y cotidianidad individual	Valoración social del deporte, machismo. Cultura somática. Práctica científica alienante: desconoce inequidad. Debilidad de principios de identidad y soberanía.
Lógica dominante	Cultura colonizada y dependiente. Cultura de competencia. Mercantilización de lo “saludable”. Utilización de las prácticas. Inequidad social, étnica y de género.		
Modo de vida (grupos sociales)	Modos de vida donde predomina el trabajar para sobrevivir; mínimos recursos y tiempo del ocio; baja calidad de recursos lúdicos; patrones culturales sedentarios; restricciones del espacio de consumo; microambientes deteriorados.		

Cuadro 7

Matriz de procesos críticos en la determinación social de la diabetes tipo 2 (continuación)

Dimensión colectiva		Dimensión individual	
Relaciones estructurales generales	Contradicciones principales en cada dimensión.	Estilos de vida y cotidianidad individual	Práctica sustentable y solidaria, práctica irregular, inadecuada y alienada.
Lógica dominante	<p>Monopolización, utilización vs práctica de disfrute solidario</p> <p>Servicios de salud organizados desde la responsabilidad individual vs perspectiva de derechos humanos y accesibilidad.</p> <p>Condiciones estructurales vs estilos de vida.</p> <p>Mensaje desde las políticas públicas “libertad individual” vs autonomía relativa.</p>	Condiciones genotípicas/ fenotípicas	Sobrevida, aptitud, prolongación de la práctica vs sobre envejecimiento y deterioro.
Modo de vida (grupos sociales)	<p>Acceso vs exclusión.</p> <p>Calidad vs deficiencia.</p>		

Nota. Modificado y retomado de Jaime Breilh, conferencia de apertura XIV congreso brasileño de ciencias del deporte y I congreso internacional de ciencias del deporte, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, 5 septiembre de 2005. Disponible en el Libro *Epidemiología; Economía política y salud* (p. 228), 2010

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

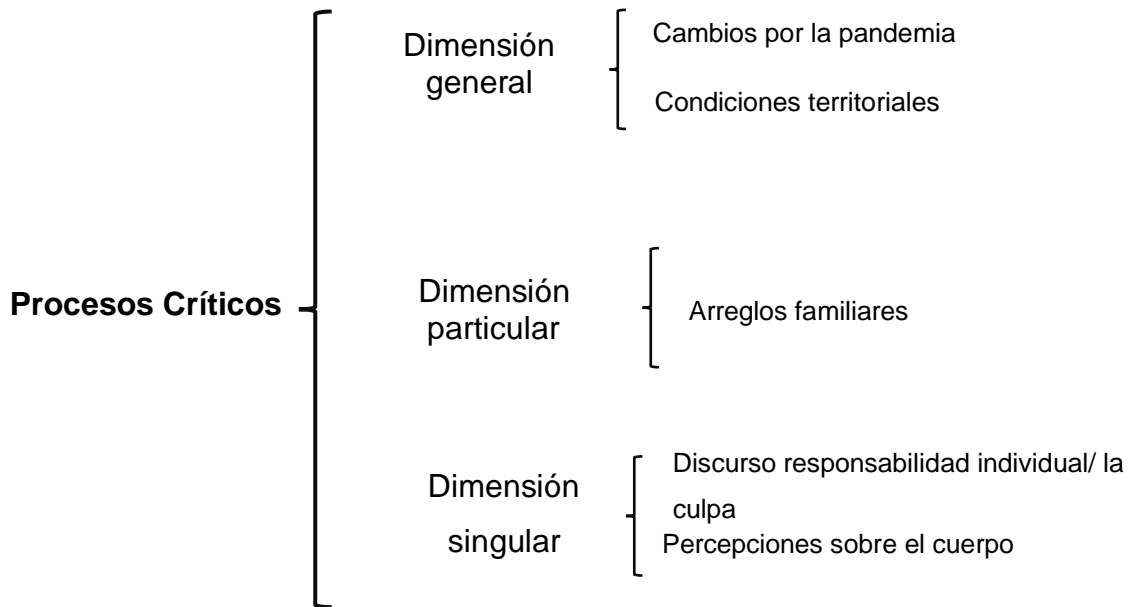
Los discursos sobre la salud nunca se refieren solo a dimensiones de la salud... tales discursos expresan modos de pensar, escribir, hablar sobre la salud y sus prácticas, es necesario situarlos en determinados momentos históricos y saber las razones del porqué se legitiman al acompañar el orden económico, político y social donde son generados, sustentados y replicados. (Castiel, 2010, p. 29)

Esta tesis permitió identificar los procesos críticos a través de las trayectorias de padecimiento, mismos que pudieron ya dilucidarse desde los primeros hallazgos; tanto de manera general, luego a través de los hitos, para finalmente exponerlos a partir de la trayectoria de padecimiento individual. Congruente a los objetivos establecidos se da pie a la discusión, la cual se encuentra ordenada de la siguiente manera: el papel de los procesos macroestructurales en la determinación de la trayectoria de padecimiento, el cuidado como proceso crítico, el discurso de la individualidad y la culpa; se finaliza con las consideraciones del abordaje teórico.

En la Figura 13 se pueden visualizar los procesos críticos más importantes que se identificaron en la trayectoria de padecimiento. En la dimensión general, los cambios por la pandemia y las condiciones territoriales; en la dimensión particular, los arreglos familiares entre ellos el cuidado; mientras que, en la singular, la responsabilidad individual y las percepciones sobre el cuerpo.

Figura 13

Procesos críticos identificados a través de las trayectorias de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2



Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que en algunas trayectorias los procesos críticos se denotaban como benefactores, mientras que en otras todo lo contrario; esto es congruente con lo que comenta Breilh (2011):

“No se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino que en su desarrollo concreto los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas, según que su operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo. La operación en uno u otro sentido puede tener, así mismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza. Los procesos según su importancia en la definición del carácter de la vida y su peso en el modo de vida correspondiente pueden provocar alteraciones de mayor o menor significación en el desarrollo epidemiológico”. (p.209)

Esto es relevante por dos razones: guarda congruencia con la propuesta teórica porque las trayectorias no son estáticas, sino dinámicas, y considera la historicidad un mismo proceso que puede identificarse como benefactor en determinado momento. Sin embargo, puede tornarse todo lo contrario en la trayectoria. Otra de las características que se identificó es que puede afectar en diferentes dimensiones o incluso en otro momento de la trayectoria no generar discrepancias o contradicciones multidimensionales.

Como ya se comentaba, dentro de los principales procesos críticos identificados se encuentran los cambios por la pandemia, cuestión que hace retomar el papel de los procesos macroestructurales dentro de las trayectorias de padecimiento. Si bien la situación de pandemia hizo aún más evidente el impacto de los procesos macroestructurales de la dimensión general, pueden determinar las trayectorias.

Ha existido un predominio por considerar las condiciones macrosociales tanto políticas, económicas y socioculturales como escenario y también de manera desglosada en variables. Es así que en este trabajo de tesis se busca evidenciar estos procesos como moldeadores de trayectorias capaces de causar cambios que puedan evidenciarse hasta la singularidad.

En este sentido, la pandemia mostró con mayor fuerza el papel de los procesos macroestructurales que pudieron visualizarse a nivel de las trayectorias como generadores de desigualdad e inequidad; son capaces de detonar procesos que ya se venían gestando desde el pasado y cuya acumulación detonó cambios en la vida de las personas.

A su vez mostró las contradicciones entre las condiciones macroestructurales y los estilos de vida. Me remito a la ironía del concepto de estilos de vida, que nace como concepto y que se constituye fuera del área biomédica, originado desde conceptos marxistas, del comprensivismo weberiano, del psicoanálisis, así como del culturalismo antropológico norteamericano, para finalmente ser las concepciones historicistas alemanas las que más incidieron en la formulación y desarrollo de esta categoría en salud (Coreil et al., 1985).

De acuerdo con Menéndez (2015), el objetivo inicial era generar una definición que a partir de incluir las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara la articulación entre la estructura social, cultural y los grupos intermedios. Esto a través de sujetos cuyo comportamiento se caracterizará por un determinado modo de vivir que expresara simultáneamente las características generales de la estructura social y cultural, así como las características específicas del sector social intermedio de pertenencia.

Esto se proponía como un concepto holístico y complejo. A través del estilo de vida ejercido por una persona o grupo pretendía observarse la cultura de la cual conformaba o era parte. Como ya comenta Menéndez (2015):

El sector salud y la biomedicina utilizaron este concepto eliminando la perspectiva holística y grupal, reduciéndolo a conducta de riesgo personal y eliminando o reduciendo a un rasgo específico las condiciones materiales y simbólicas del estilo de vida. De tal manera que el estilo de vida del bebedor de alcohol se reduce al acto del beber y dicho acto se convierte a su vez en riesgo específico. (p. 105)

Actualmente, cuando se habla de estilos de vida, se reduce al comportamiento que a su vez se minimiza en actos. En este sentido, es evidente que en los resultados se hace referencia a los actos; tanto desde la prevención, la trayectoria y el riesgo a complicaciones por diabetes tipo 2. Los actos se generan de manera individual: actos como comer, cuidarse, moverse, se vuelven el centro de discusión temprana de las personas con diabetes tipo 2; y no como parte de procesos críticos más grandes. Por ejemplo, el acto de comer no puede reducirse al hecho en sí, sino a procesos macroestructurales que determinan o limitan a lo que pareciera una libre elección.

Debido a las características de la enfermedad, al ser crónica y metabólica desde luego que parte fundamental e innegable es la alimentación. Sin embargo, aquí surge un tema más amplio no solo como una decisión libremente escogida, sino limitada por los procesos macroestructurales que condicionan la autonomía relativa. Es innegable que la alimentación saludable es un proceso protector

(Buitrago y Reyes, s. f.); sin embargo, existen contradicciones para poder acceder a ella tales como el modelo económico global de acumulación y extractivismo, que se visualiza desde las políticas públicas y las normativas en América Latina, misma que a su vez atenta contra la sostenibilidad agrícola en la producción de alimentos como frutas y verduras.

Asimismo, la alimentación depende de dos procesos generales: la seguridad alimentaria y la soberanía para acceder al derecho a la alimentación. Si bien existen algunas condiciones en el dominio particular, también existe una respuesta social organizada para garantizar el acceso a la alimentación de manera contrahegemónica. Sin embargo, en los participantes también se generan algunos otros procesos críticos que intervienen en la alimentación como los modos de vida, las condiciones laborales, económicas y familiares, que condicionan la autonomía relativa.

Durante la entrevista son evidentes los fragmentos que hablan sobre los actos saludables. No obstante, algunos comentan condiciones económicas que limitan el acceso a tener mejores estilos de vida o tener estilos de vida saludables.

Fue difícil que las personas compartieran lo que determinaba de manera macroestructural ciertas condiciones a nivel familiar o individual.

Creo que en este punto específico falta profundizar más a través de técnicas de recolección de información que permita abordarlo y sobre todo analizarlo desde la perspectiva de las personas. Comúnmente para este tipo de análisis de lo macroestructural, de manera clásica se usan como fuente de información las bases de datos nacionales. En este sentido, el uso de tales bases es contradictorio ya que ello implica también una lógica que reproduce las variables que se busca medir; sin embargo, son indispensables para conocer lo que pasa a este nivel de análisis.

No se pueden dejar de lado algunos otros procesos macroestructurales como los que tienen que ver con las tradiciones y costumbres, en los que se refuerza un tipo de alimentación, pero que a su vez han tenido una transformación de acuerdo a la introducción de alimentos más comerciales y procesados versus la exacerbación del costo de los alimentos que se consideran saludables.

También vale la pena considerar aquellos cambios en la alimentación y nutrición de la población durante la pandemia. Independiente a su condición alimentaria nutricional previa, fue modificada por los cambios a nivel económico, las medidas de confinamiento, la disponibilidad y accesos a los alimentos. Todos esos factores están aunados a cambios en la organización familiar cotidiana y existen autores que ya comentan cómo esto puede contribuir a aumentar la inseguridad alimentaria.

A nivel de la dimensión particular, surgen las primeras contradicciones entre lo estructural y lo que sucede a nivel de esta dimensión. Si bien la alimentación se ha asociado a los modos de vida familiares, ya ha existido una discusión fuerte en América Latina que va más allá de considerar a la familia en el nivel del mesosistema, lo que la ubicaría en la dimensión particular desde la determinación social de la salud incluyendo conceptos como el de ambientes alimentarios para referirse a los contextos que ejercen influencia en la alimentación de los individuos. Estos son espacios altamente complejos que se clasifican de acuerdo al espacio; para ello se considera el ambiente doméstico, el ambiente vía pública, el ambiente restauración y el de abastecimiento (Rojas et al., 2020).

En primer lugar, se tendría el ambiente alimentario doméstico, que se concibe como el espacio donde las conductas alimentarias se aprenden y son compartidas. Incluye a todo lo que sucede al interior del hogar en relación a la alimentación, así como la influencia de los aspectos materiales, sociales y culturales que se tengan en ese hogar: el ingreso familiar y las preferencias alimentarias, los instrumentos para cocinar y refrigerar que pueden incidir en la selección de ciertos alimentos y preparaciones (Espinoza et al., 2018).

En segundo lugar, se encuentra el ambiente organizacional, aquellos espacios en los que se disponen alimentos o comidas preparadas a los trabajadores u otras personas, pero en el marco de una institución u organización, donde se establecen tiempos asignados.

En tercer lugar, se ubicarían los ambientes alimentarios de la vía pública que ahí se construyen. Por último, se tendría el ambiente de abastecimiento que hace

referencia a los diversos lugares como mercados, centrales de abasto, supermercados, fruterías, panaderías, etc. (Espinoza et al., 2018).

Estos ambientes son relevantes pues determinan en gran medida las posibilidades de alimentación que limitan la autonomía relativa, pero también definen el acceso y la disponibilidad de alimentos (Espinoza et al., 2018).

Estos ambientes alimentarios cambiaron durante la pandemia. Como ya comenta Rojas (2022), el ambiente alimentario doméstico cambió al haber una disminución del ingreso familiar por la pérdida de empleo y la reestructuración de la organización al interior de la familia por las medidas de confinamiento sanitario que tuvo consecuencias en la selección y compra de alimentos más baratos y en algunos casos con probabilidades de tener peor calidad nutricional. La dinámica en cuanto a la alimentación también hizo una carga más de trabajo para las mujeres, ya que estando en casa existía la posibilidad de que tuvieran que cumplir labores de cocina, aseo, limpieza, cuidados de niños/as y adultos mayores, y horarios laborales presenciales o a distancia, postergando sus necesidades personales, entre las que destaca su alimentación. Esto es congruente con algunos otros autores que destacan cómo esto aumentó las condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

En esta misma línea de ideas, la situación de las personas con diabetes tipo 2, a nivel particular tuvo un cambio en la dinámica que podríamos también describir congruente con esos conceptos de ambiente y que junto con los cambios a nivel singular que incluyeron cambios en la salud mental, también influenciaron la forma de alimentarse; en algunos, limitando los alimentos y en otros incrementando los periodos de ansiedad y consumiendo más cantidad de alimento.

De acuerdo a lo anterior, podemos concluir, respecto a las trayectorias de padecimiento, que al ser determinadas por procesos macroestructurales no se debe obviar la reducción de los estilos de vida a meras elecciones de actos que parecieran libremente elegidos, cuando en realidad existe una libertad limitada. Así mismo, no se puede explicar todo como ya determinado desde lo general. Si bien parece una paradoja, creo que por ello las enfermedades no transmisibles como la

diabetes tipo 2 son más complejas en su abordaje. Cada vez que se analiza en detalle, permite comprender que el problema es más grande de lo que se había pensado, y a cuestionar: ¿qué hacer? Si hablar de diabetes tipo 2 es apenas la punta del iceberg de una encrucijada de desigualdades en diversos aspectos, que apenas se dejan visualizar a través de las trayectorias de padecimiento; esto coincide con estudios como el realizado por Rodríguez y Casas (2018), en el que realizan un análisis sobre las condiciones específicas en México entre las que destacan la dieta/alimentación, el salario mínimo considerado entre los más bajos en América Latina, las contradicciones con el costo de la canasta básica, así como el ambiente familiar, la flexibilización y precarización laboral. Se considera que la promoción, la prevención y el autocuidado que se procura desde el sistema de salud se reduce a lo que los autores consideran como “buenas intenciones” (Rodríguez-Torres y Casas-Patiño, 2018).

Esto es congruente con reflexiones de Granda (2004), quien consideraba la necesidad de entender la estructura de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es:

Comprender y explicar cómo la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, cómo la acción es constituida estructuralmente. En esa medida podremos interpretar que la vida saludable es construida diaria y activamente por sujetos diestros y calificados pero que al mismo tiempo esa construcción la hacen como actores históricamente situados y no bajo condiciones de su propia elección. Así, las conductas saludables pueden ser interpretadas tanto como acciones intencionales generadas por el sujeto como habilidades o constreñidas por las regularidades estructurales en las que se desenvuelve dicho comportamiento. (Granda, 2004, p.3)

También se puede destacar cómo esta contradicción entre los estilos de vida y las condiciones macroestructurales dan pie a intentar retomar lo que inicialmente se conceptualizaba como estilo de vida, desde un punto de vista que permite dar una mayor complejidad a partir de su comprensión.

Esta reflexión sobre procesos macroestructurales y estilos de vida, que anteriormente se discutió, es apenas un ejemplo de lo que pasa a nivel general; pero desde luego que existen otros procesos que ya preexistían, como procesos económicos, sociales y de políticas públicas que influyen en la determinación social de las personas con diabetes tipo 2.

4.1 De la responsabilidad individual a la culpa

Como ya se comentó, uno de los discursos frecuentes en los hallazgos fue la asociación entre enfermar de diabetes y los hábitos de tipo alimenticio, la actividad física y la enfermedad heredada. En él se expresa de manera intrínseca la responsabilidad individual misma que se reafirma ahora en el control de la enfermedad asociado principalmente a la adherencia al tratamiento farmacológico, asumiendo nuevamente que las complicaciones de la diabetes están aunadas al autocuidado de manera responsable.

Aunque parece que este discurso se genera desde la singularidad, vale la pena realizar un análisis de cómo esto realmente surge. Se reproduce desde la dimensión general, y se impregna en el lenguaje común del día a día de las personas; su relevancia para esta investigación radica en cómo se percibe, cómo se padece la diabetes. A lo largo de la trayectoria existen los discursos que se reproducen desde la política pública, las organizaciones y los que se refuerzan a través de los medios de comunicación y de manera más cercana desde los profesionales de la salud. Se introyecta, se normaliza en las personas, y se consolida como una forma de explicar la propia enfermedad.

Esta ideología de la responsabilidad individual no es nueva. Desde los años 70's surgía como una forma no solo comprender la salud, sino que permeaba el entendimiento del derecho a la misma, desde la visión más neoliberal de Estados Unidos de América. Ya León Kass (1975) afirmaba:

Todas las propuestas que tienen que ver con el Seguro Nacional de Salud, sin excepciones, el principio de no-responsabilidad. Por tanto, deciden ignorar, o quitar relevancia a la dimensión de la responsabilidad personal en el estado de salud del individuo. En consecuencia, pasan por alto la

oportunidad de incorporar incentivos tanto positivos como negativos dentro del plan de pago del seguro a través de medidas como negar o reducir beneficios de atención para enfermedades respiratorias crónicas a personas que sigan fumando.

En la misma línea, uno de los ejemplos más tempranos es la conferencia del futuro de las direcciones en salud liderada por la fundación Rockefeller en 1975 en el que se expresa cómo:

La noción de responsabilidad individual ha quedado inmersa en los derechos individuales: derechos o exigencias que han de ser garantizados por un Hermano Mayor caritativo y suministrados por instituciones públicas y privadas... La libertad de un hombre o de una mujer sobre su salud es ahora una cadena que mediante impuestos y primas de seguros esclaviza a otros. Pero ahora el costo de la irresponsabilidad individual en materia de salud se ha vuelto prohibitivo. De hecho, la alternativa a largo de plazo será elegir entre la responsabilidad individual o el fracaso social. (de la Cuesta, 1999; Crawford ,1977, p. 50)

Es evidente cómo se reafirma esta responsabilidad, que parte de considerar que el individuo es completamente independiente de su entorno y los procesos macrosociales.

De acuerdo a Crawford (1977), el surgimiento de esta ideología se explica como respuesta a las contradicciones que se derivan de la amenaza de los altos costos médicos de la atención, las expectativas del público con respecto a la medicina, junto con las presiones políticas para proteger o ampliar los derechos adquiridos y la politización de los asuntos relacionados con la salud cuyo impacto será justificar el recorte en derechos básicos. En esto, el autor se refiere a limitar el derecho a la salud, únicamente entendida como derecho al servicio de salud y no entendiendo la complejidad de lo que significa este derecho en su totalidad.

El análisis de la responsabilidad individual desde los autores de América Latina resalta en Castiel y Álvarez (2010), quienes analizan algunas críticas a la salud pública actual (Martínez González y Irala, 2005) y reflexionan sobre la

reprobación al “paradigma de los factores de riesgo” por “culpar siempre a la víctima” y por cerrarse en un “sesgo individualista” (Martínez-González y Irala, 2005, p.657).

Castiel (2010) sostiene: “Es así como se localiza como punto más importante, la débil ‘fuerza de voluntad’ de las personas que trae como consecuencia acciones que incluyen educar a las personas para cambiar comportamientos y visibilizar el ‘autocontrol’ para hacer prevención” (p.53).

Desde la política a nivel internacional de organismos como la Organización Mundial de la Salud, se moldean formas de intervenir y prevenir la enfermedad, mismas que se materializan a nivel nacional con campañas tan famosas como “chécate, mídete, muévete”, que es una de las intervenciones que ejemplifica esta responsabilidad individual, pero que también refuerza el sentido de culpa. Se entiende la culpabilidad como un poderoso factor de orden social que normaliza y procura visibilizar la responsabilidad que generalmente estigmatiza a los individuos e impone un juicio social acompañado de sentimientos de rechazo o concepciones negativas sobre la persona (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007).

Castiel (2010) comenta que el proceso conocido como “culpar a la víctima” asumiría actualmente otros dos desdoblamientos en el ámbito de la promoción de la salud: “aterrorizar al aprensivo” (aquellos que intentan seguir preceptos de la promoción a la salud y adoptar estrategias para evitar la exposición a riesgos, tanto como sea posible, en el día a día) y “responsabilizar al negligente” (aquellos que se exponen a riesgos de salud de modo incauto, o que no adoptan comportamientos considerados saludables).

A través de la promoción en salud, estos preceptos se conservan (Kenen, 1996). Al hecho de que estas personas se expongan a los llamados riesgos comportamentales, se le autodenomina “irresponsables”; incluso se puede hacer alusión a términos morales por su falta de autocuidado.

Se genera y propicia una promoción de la salud individualista que refleja una nueva normalidad vigente en el campo de los discursos de la salud y enfermedad; se reafirma con la búsqueda de causas evidentes en las que se basa la necesidad

de regular conductas a través de la higiene comportamental (Castiel y Álvarez, 2020).

Algunos otros autores analizan cómo este enfoque culpocéntrico puede tener orígenes culturales. Como enfatiza Heller y Féher (1995), la política de promoción de la salud busca vincularse al sentimiento de culpa de la población por la vía de la “disciplina y la punición”, como es el caso de los países desarrollados, o no centrales.

En el caso específico de campañas a las que hacen alusión los participantes, se encuentran las difundidas por PREVENIMSS y DiabetIMSS: “chécate, mídete, muévete”.

De acuerdo a esta campaña, cada ícono alberga una palabra clave que hace énfasis a las acciones o actos que promueve la campaña. La palabra “chécate” invita a la población a acercarse a su clínica y conocer su estado de salud; “mídete” se enfoca en promover la reducción en el consumo de grasas, azúcar y sal y medir lo que se come en cuestión de porciones; por último, “muévete” tiene la finalidad de promover la realización de actividad física y evitar el sedentarismo (Asociación Internacional de Seguridad Social, 2016; Secretaría de salud, 2017).

Esta campaña se caracteriza por un discurso individualista sobre el control. Se ha asumido que el solo hecho de conocer la campaña debería de tener un cambio en el comportamiento de las personas. Para muestra, el análisis de la ENSANUT (2016) que examina justamente el conocimiento a nivel poblacional de esta campaña, concluye que a nivel nacional se reportó que solo una de cada 10 personas entrevistadas (11.0%) conoce o ha recibido información sobre la campaña “chécate, mídete, muévete”. Este resultado difiere del reportado por la Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA, por sus siglas en inglés), quienes en 2014 documentaron que 86% de las personas encuestadas conocían la campaña. Respecto al nivel de comprensión, destacó que 9 de cada 10 personas entrevistadas estuvieron clasificadas en el nivel “medio” y “alto” de comprensión de la campaña (Salazar-coronel et al., 2018; Salazar et al., 2018).

No hay que dejar de lado que por supuesto que existe un beneficio en la

promoción de la salud; sin embargo, no existe un equilibrio ya que solo se habla de las actividades que deben realizar los considerados pacientes, aunado a un contexto de los servicios de salud que no responde a las necesidades actuales de salud. Rojas y Jarillo (2013) propone ampliar el momento de la problematización integrando algunos ejes analíticos que permitan dar cuenta de las múltiples aristas y contradicciones de los procesos de salud, en este caso de la diabetes. En el caso del sistema de salud mexicano, se minimiza el papel de los servicios de salud que representan al Estado; es visible cómo estos fragmentos pueden legitimar una visión de la salud que reduce al máximo las obligaciones del Estado y el sector público (Rojas, 2016).

Dentro de los fragmentos de las entrevistas se describen continuamente los estilos de vida con el mismo discurso: disminuir, medirse, evitar alimentos, mejorar la dieta. Se reafirma el carácter único e individual, se culpabiliza al que no sigue esta recomendación; la alimentación se vuelve el centro de control de la enfermedad y por lo tanto se asume que una alimentación adecuada aleja las complicaciones. Nuevamente, tener una complicación tiene el origen en la falta de control, que al parecer elige el que se considera paciente.

Estas consideraciones mostradas de culpa y responsabilidad son congruentes con otros estudios (Pedrero et al., 2021) en los que se expone cómo el simple hecho de tener diagnóstico de diabetes dota de cierto estigma a la persona que la padece (Liu et al., 2017). Este estigma generado en los diferentes niveles en los que se desarrolla la persona trae consigo consecuencias a nivel individual. Algunos estudios confirman que incluso existen actos de discriminación percibidos (Lockwood et al., 2018); otras revisiones de la literatura arriban a resultados similares de estereotipos asociados a la diabetes que enfatizan la responsabilidad individual de los pacientes por tener la enfermedad sin considerar los aspectos sociales involucrados en ella (Gollust & Lantz, 2009). Asimismo, en el mesosistema o espacios en los que se desenvuelven las personas con diabetes, son percibidas como únicas responsables de su situación. Las personas con las que conviven día a día pueden desarrollar actitudes más negativas y menos compasivas hacia ellos; experimentan más emociones negativas como el enojo y menos motivación para

ayudarles, que cuando perciben que la condición se debe a factores no controlables como la genética (Major et al., 2018; Mohebi et al., 2013).

También se resalta cómo este estigma no solo afecta de manera individual, sino incluso en lo macroestructural a través de la no existencia de políticas públicas o la forma en la que se plantean hasta llegar a consecuencias de manera individual. Como se ha descrito, este estigma asociado a la diabetes puede influir negativamente sobre la autoeficacia, la autoestima, el estrés (Gomes et al., 2019; Rivera-Hernandez, 2014), la salud mental y la calidad de vida percibida (Kato et al., 2020; Gredig y Bartelsen-Raemy, 2017) de los pacientes que padecen la enfermedad. Esos aspectos se han asociado al control metabólico y a conductas relevantes para el manejo de la enfermedad.

Desde estudios en países centrales o desarrollados, se ha problematizado cómo el estigma afecta la autoeficacia y contribuye a la aparición de estrés y ansiedad en esta población (Hansen et al., 2020; Puhl et al., 2020). Para ello, se hace referencia a que la autoeficacia se refiere al juicio que hacen las personas respecto a sus capacidades y habilidades para realizar una tarea determinada en lo que se refiere al autocuidado, en este caso el control y manejo de la diabetes (Kato et al., 2020).

La autoestima, por otra parte, corresponde a cómo se sienten las personas respecto de sí. Fujimaki et al. (2020) mostraron que parte del efecto negativo del autoestigma sobre los comportamientos de automanejo estarían mediados por su impacto sobre la autoeficacia y la autoestima (Kato et al., 2020).

El estigma puede llegar a reforzarse desde la información que se da (Gollust y Lantz, 2009), y se reproduce desde las instituciones de salud o los profesionales de la salud. Seguramente la información que se recibe de los programas de promoción es planeada y bien intencionada, pero poco problematizada; es así que esta forma de comprender y promover la elección de estilos de vida saludables para reducir el riesgo de padecer diabetes resulta limitada. Se pretende transformar el problema de la diabetes modificando conductas, comportamientos y hábitos individuales, sin reconocer que estos están anclados en las formas como las

colectividades viven, trabajan y conciben su salud y enfrentan la enfermedad, y cuyo margen de “elección” está constreñido (o ampliado) por la determinación social de la salud (Medina y López, 2010).

Otro de los discursos que dentro de los hallazgos se asocian a la causa de la enfermedad es la herencia; así se asume que se tiene el riesgo de enfermar de diabetes e incluso se expresa como una enfermedad inevitable. Si bien existe un peso genético, existen reflexiones que vale la pena retomar (Page Pliego et al., 2018). Desde la salud pública se resaltan indicadores que enmarcan y justifican en razonamientos fincados en biologismos que se consideran por el Page Pliego como sesgados; evaden el efecto y el papel de los procesos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos dando preeminencia, por ejemplo, al criterio genético. Estas posturas dominantes, encaminadas a atribuir carácter étnico a los síndromes y enfermedades no transmisibles, (como son los índices más elevados en latinoamericanos o africanos), únicamente mencionándose como condiciones de inequidad, racismo, desigualdad socioeconómica, legal y cultural, y no analizadas desde la génesis y determinación de las enfermedades no transmisibles.

4.2 El Cuidado: Como proceso crítico

El cuidado es un objeto de estudio con múltiples aristas y teorías. Para ello, se toma en cuenta que esto, más que ser una discusión teórica, se hace desde la congruencia con la Salud Colectiva, cuyo fin último busca abonar a discutir en el acceso y garantía del derecho a la salud, específicamente del cuidado.

Es preciso señalar de manera inicial que en la trayectoria de padecimiento aparece el cuidado, cuestión que desde luego es congruente. A lo largo de las diferentes etapas de la vida, no importando si se está sano u enfermo, el cuidado aparece con características muy similares: un cuidado feminizado, ligado a las concepciones y roles de género.

Se entiende como cuidado más allá de las acciones y actividades realizadas por personas con formación profesional; es un proceso de interacciones y prácticas con significados, las cuales son representadas y construidas por los individuos y colectivos. Constituyen una actividad, obligación y/o responsabilidad para uno

mismo o para los demás, donde el género, la convivencia y el parentesco resultan determinantes tanto para la persona enferma y el miembro del núcleo familiar que asume el rol de cuidador principal (Rojas Ortega y Jarillo Soto, 2018).

Dentro de las trayectorias de padecimiento aparecen tipos o formas de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado que se recibe del cuidador primario, de la familia, del cuidado profesional desde las instituciones.

El cuidado en la trayectoria de padecimiento de las personas con diabetes tipo 2 hace su primera aparición cuando se habla del cuidado que se promueve desde el primer nivel de atención. Como se replica en el discurso coloquial de la prevención, esta forma de autocuidado se refuerza a lo largo de la trayectoria y está enfocado en el cambio de los estilos de vida.

Considerando que cuando se habla de “autocuidado” es un concepto que se usa desde la biomedicina, específicamente desde el salubrísimos, por autocuidado se entienden las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer aspectos de salud positiva (E. L. Menéndez, 2009). Otra de las características es que responsabiliza a la persona de sí mismo, pero a su vez invisibiliza el contexto cercano.

En el caso de la familia existe una reconfiguración sobre todo cuando está presente una condición de dependencia. En los hallazgos esto se evidencia a través de complicaciones como: enfermedad renal crónica o cambios en la funcionalidad, como la discapacidad física ocasionada en muchos casos por amputaciones por pie diabético; no solo existe una transformación de la persona que enferma, sino el nacimiento de lo que se considerara el cuidador primario, en el que recae esta responsabilidad y aparente obligación de cuidar.

Existe en México un perfil típico del cuidador primario; para ello primero se hará referencia a resultados de la Encuesta Nacional Sobre el Uso del Tiempo 2019, que hace visible la importancia de la producción doméstica y su contribución a la economía. Se estimó que las mujeres invierten en promedio 39.7 horas a trabajo no remunerado en el hogar, entre ellas el cuidado; se calculó que 21 horas en promedio a la semana se dedican al cuidado pasivo, y 9.3 horas al cuidado activo, mientras

que los hombres utilizan 15.2 horas que dedican al trabajo no remunerado en el hogar. Vale la pena señalar que a nivel nacional existen estados con una brecha mayor como son: Guerrero, Chiapas (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT), 2019).

Esta división del trabajo muestra el impacto de la estructura patriarcal que establece y normaliza las actividades de cuidado de aquellos que requieren cuidados especiales como las personas enfermas (Bonavitta, 2020).

Esto es congruente con las trayectorias de padecimiento en las cuales las actividades de cuidados en el contexto intrafamiliar generalmente recaen en las mujeres, y son ellas quienes van reduciendo en mayor medida su desarrollo personal y profesional (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019, s. f.).

Así como se ha criticado la individualización de la enfermedad durante estas páginas, resulta fundamental que una forma de hacer evidente una transformación es considerar que a nivel de la dimensión particular se visibilice el papel del cuidador primario.

Dentro de los hallazgos aparece el papel femenino de la cuidadora primaria; el papel de la madre como es en el caso de Julio y de la esposa como en el caso de Víctor Manuel, por ejemplificar algunos casos. Esto es congruente con algunas autoras (Diz, s. f.) que plantean las diferencias y desigualdades de la carga de trabajo doméstico no solo entre hombres y mujeres, sino también entre los distintos miembros del hogar. Se pueden identificar a partir de la relación con el jefe del hogar, resaltando que aun estando en la misma posición jerárquica dentro del hogar, como hija o hijo, se observan desigualdades provenientes de los roles de género en las familias (Pedrero, 2018).

Invisibilizar al cuidador primario y sobre todo el derecho al cuidado de las personas con diabetes tipo 2 coincide con el discurso normalizado de culpar al enfermo. Si se reproduce que la persona tiene la culpa de ser diabético y tiene culpa de desarrollar complicaciones, por supuesto que se obvia que quien debe asumir el cuidado es él mismo, así como la familia en su contexto más cercano.

Hablar del cuidado desde la Salud Colectiva como derecho, desde mi punto de vista, cumple varias funciones y ventajas: primero se descriminaliza a la persona enferma, se habla del cuidado ligado al género y a la desigualdad y se problematiza también la responsabilidad del estado para poder garantizar el cuidado como derecho. Esto discurre paralelamente con otras tesis desarrolladas desde la Salud Colectiva en las que se problematiza la situación del cuidado como un asunto social en el que se hace énfasis. En algunos casos puede ser una cuestión de vida o muerte para quien lo requiere y una grave carga para quien lo proporciona. También los autores reflexionan sobre cómo el cuidado ha cobrado relevancia a partir de fenómenos como: 1) el aumento de la población receptora de cuidados (niños, ancianos y enfermos), 2) la distribución inequitativa del cuidado, 3) la escasez de recursos necesarios para la provisión, y por último el creciente incremento del costo de brindar cuidado (Ríos Cazares & López Moreno, 2018).

Al hablar de una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2, desde luego que la necesidad del cuidado será inminente, sumado al creciente número de personas adultas mayores. Sin embargo, no se encuentra establecido de manera formal. Aunque existe una preocupación por los costos por atención, complicaciones y años de vida potencialmente perdidos, no se habla del costo del cuidado a nivel de la familia, y el costo que tiene para la mayoría de las mujeres el tener que dejar sus actividades habituales para asumir el cuidado del enfermo crónico.

Es necesario asumir que el cuidado también se encuentra influenciado por las relaciones de poder dentro de la familia y los roles de género; es decir, existe una diferencia si se es mujer u hombre. Por ejemplo, si enferma el hombre, en la mayoría de los casos quienes asumen los cambios son las mujeres, ya sean madres o esposas, como en el caso de algunos participantes. En contraparte, cuando se enferma una mujer, ellas asumen el cuidado para ellas mismas como en el caso de Josefina.

En diversos hitos de la trayectoria, cuando existen internamientos por complicaciones, el cuidado nuevamente lo asumen en su mayoría quienes tienen el rol de cuidadora primaria.

Así mismo, el cuidado dependerá del modo de vida y las condiciones económicas. Las familias que puedan afrontar el costo de contratar servicios de cuidado tendrán más posibilidades de elegir la combinación de trabajos y responsabilidades entre los miembros. Por otra parte, entre las familias de bajos ingresos, al no poder optar por el cuidado privado, serán las mujeres de la familia quienes serán las principales encargadas del cuidado y trabajo doméstico no remunerado.

Esto es evidente en trayectorias como la de Víctor Manuel. Cuando este fue diagnosticado con enfermedad renal crónica, la que asumió el cuidado total fue la esposa; para ello, fue necesario que ella dejara su trabajo formal y con ello las prestaciones y posibilidades de autonomía relativa que se podía permitir. Cada internamiento por alguna complicación como edema agudo de pulmón, trombosis u otras, aumentaba la carga; así mismo, al no contar con suficientes recursos por la pensión al 50 % de Víctor Manuel, tuvo que asumir la carga del cuidado del enfermo con diabetes, de los hijos y asumir un trabajo que le permitiera combinarlo con su carga de cuidadora primaria, con los horarios de hemodiálisis y el grado de dependencia de la persona con diabetes tipo 2. Además, se le sumó otra vulnerabilidad pues el único trabajo en el que la aceptaban era uno que no tenía características de trabajo formal.

Por otra parte, vale la pena considerar que en dos de los participantes las cuidadoras principales también eran diabéticas; sin embargo, ellas asumían el cuidado del hijo u esposo con enfermedad crónica.

El cuidado se ha vuelto un lujo. El poder acceder a ser cuidado, el acceder a un cuidado no familiar establece un punto de desigualdad que converge con otros procesos críticos como las condiciones económicas, familiares y los arreglos familiares.

Aunado a las condiciones en México, en cuanto a la no existencia de infraestructura para el cuidado, se refuerza la responsabilidad familiar en el cuidado de la persona con enfermedad crónica. Hablar de cuidado en la dimensión general es mucho más complejo ya que implica, como comenta Lister (1995), por ejemplo, plantear que es necesario considerar una ética de cuidado y otra de justicia o de derechos. Es decir, según Lister (1995), la comprensión de la ciudadanía puede ser enriquecida por una ética del cuidado, mientras que la práctica del cuidado debe ser garantizada por una ética de derechos. En un nivel más práctico, Lister (1995) plantea la importancia de una distribución más justa entre varones y mujeres –algo que no está totalmente libre de problemas– y una distribución, también más justa, entre familias individuales y la sociedad más amplia a través de políticas públicas mejor financiadas (Kershaw y Tato, 2012).

También debe tomarse en cuenta que la condición de género se superpone con otras como la clase social, etnicidad, racialización y migración; produce así un conjunto de desventajas en las vidas de las mujeres y por tanto desigualdad social (Rodríguez Enríquez, 2015; Faur, 2018; Orozco, 2018).

Ahora bien, ¿por qué se ha titulado esta parte como primeramente el cuidado como proceso crítico y segundo como invisibilizado?

Asumiendo que un proceso se considera crítico porque es capaz de causar un cambio en la vida de las personas, desde luego que el cuidado lo es. Los fragmentos asumen el cuidado a nivel de lo singular y lo particular, pero el hecho de que no aparezca en la dimensión general también conforma el corpus de los hallazgos, porque no se asume como una responsabilidad o derecho desde el estado; esto se reafirma con la inexistencia de políticas públicas en el caso específico de las personas con diabetes y sus cuidadores.

El cuidado tiene una influencia en la trayectoria de las personas con diabetes tipo 2, con gran énfasis en los hitos más importantes de la trayectoria de padecimiento, posicionándose desde la determinación social de la salud; trastoca todas las dimensiones de la determinación social de la persona con diabetes. La existencia o no de un cuidador principal moldea a su vez la trayectoria de

padecimiento, pero también nos hace reflexionar cómo las trayectorias de vida no son aisladas o individuales, ya que dentro de la familia los integrantes y sus trayectorias también serán moldeadas por la condición de la persona con diabetes tipo 2.

Por una parte, el cuidado se visualizaría como un proceso crítico benefactor para las personas con diabetes tipo 2, y se han documentado las ventajas o puntos positivos de tener un cuidador primario. Estas ventajas van desde la adherencia al tratamiento hasta la alimentación y la salud mental de la persona que es cuidada; Pinzón-Rocha et al. (2013) agregan que los cuidadores primarios se convierten en un componente esencial para favorecer la autonomía, lograr satisfacer las necesidades de cuidado, contribuir en los procesos adaptativos y favorecer la continuidad del cuidado.

En contraparte, para la persona que asume el rol de cuidador primario, puede generarse un proceso crítico destructivo. Algunos autores comentan que algunos cuidadores de personas con diabetes no reciben capacitación o formación sobre los cuidados que debe recibir la persona cuidada, no son remuneradas económicamente y brindan atención por largas horas. Estas personas suelen tener un grado de compromiso hacia la tarea, determinado por las relaciones afectivas existentes entre cuidador y la persona con diabetes; así mismo, algunos puntos positivos tienen que ver con el sentimiento de gratificación y satisfacción por brindar cuidado (D'Argemir, 2015).

Al realizar el análisis de los hallazgos no se pretende hablar del cuidado como categoría, ya que esto limita la forma de entender el cuidado en la trayectoria de padecimiento. El cuidado se presenta de formas variadas y diversas y forma parte natural de la trayectoria de padecimiento, que de cierta forma tiende a obviarse; de manera simultánea existen condiciones y características que moldean la forma de cuidar a las personas con diabetes tipo 2, pero también de cómo se asume el cuidado de sí mismo.

En la Figura 14 se puede visualizar cómo el cuidado en relación con la determinación social de las trayectorias de padecimiento de las personas con

diabetes tipo 2 se puede mostrar y describir como un proceso en sí mismo complejo y que requiere un análisis mayor puesto que también se determina socialmente.

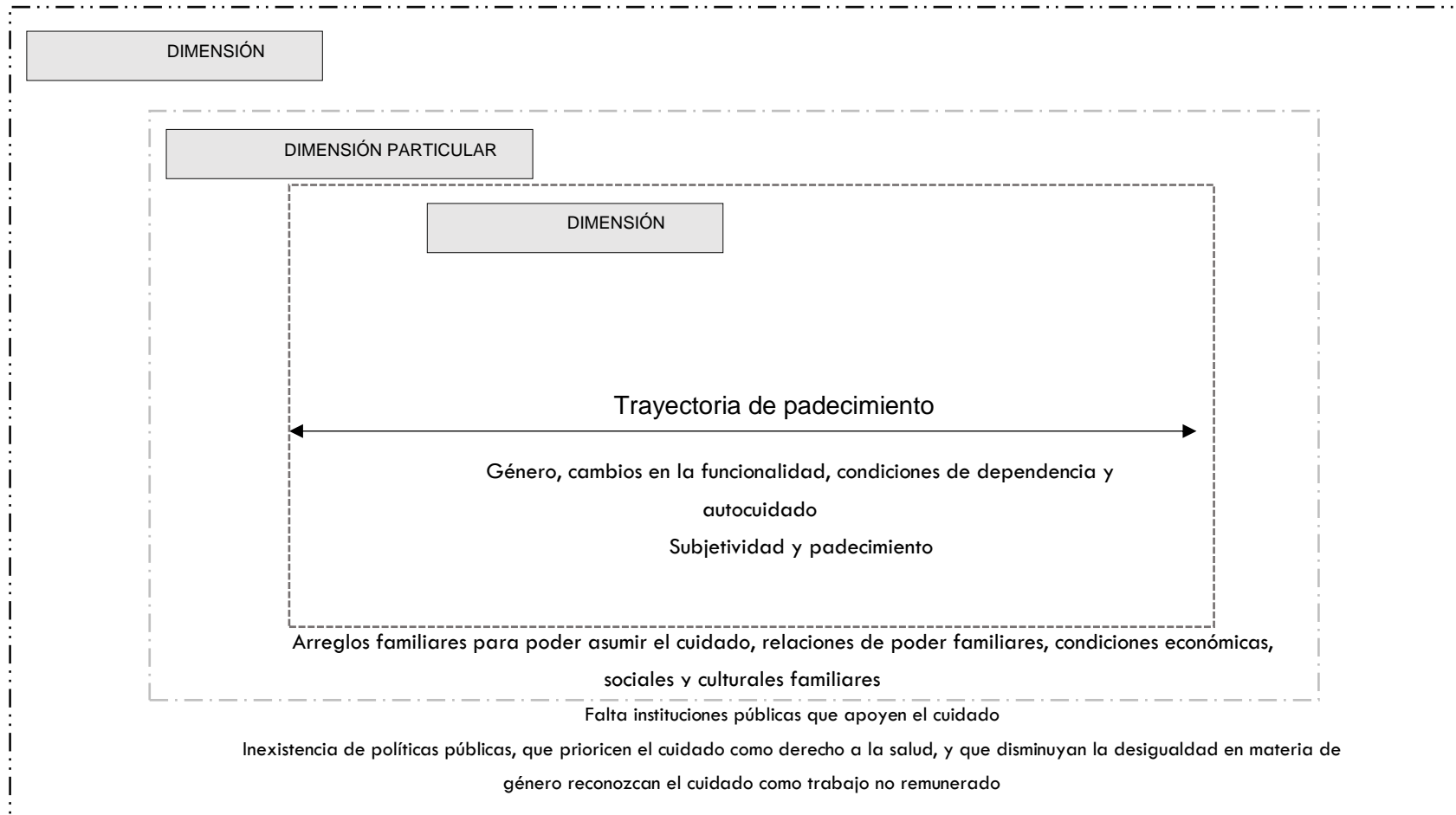
Desde la dimensión general se debe considerar la falta de instituciones que apoyen el cuidado de las personas con enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2 y la inexistencia de políticas públicas que prioricen el cuidado como derecho a la salud (Rico, 2011). Pero también se deben disminuir las condiciones de desigualdad en general (Rossel, 2016), específicamente en cuestiones de género, sin dejar de considerar las condiciones demográficas y de organización social (Faur, 2018), así como las condiciones de las políticas públicas neoliberales en los últimos años (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

Respecto a la dimensión particular y la posición familiar de la persona que enferma de diabetes tipo 2, el cuidado dependerá de los arreglos familiares, las relaciones de poder, las condiciones económicas, sociales y culturales familiares, así como el modo de vida (Domínguez Mon, 2017; Pautassi, 2018; M. Pedrero, 2018).

En la dimensión singular, el género de la persona que es diagnosticada con diabetes tipo 2 sí tiene algún cambio en la funcionalidad; condiciona un grado de dependencia o cuidado más especializado y de mayor duración, además de la subjetividad del padecimiento (Amezcu Martínez, 2000).

Figura 12

El cuidado en la determinación social de las trayectorias de envejecimiento de las personas con diabetes tipo 2



Nota: Elaboración propia

Vale la pena reflexionar sobre cómo el cuidado, en sus atributos, también debe reconocerse como un derecho humano fundamental, en tanto que en algún momento de la trayectoria de la vida será necesario y porque los cuidados son actividades inherentes al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Congruente con lo anterior también Pautassi (2013, 2018), desde otro enfoque, destaca la importancia de considerar el derecho a ser cuidado y a cuidarse como un derecho social. Este derecho hace necesaria no solo la promoción de una oferta de cuidado, sino también la universalización de la responsabilidad, la tarea y la asignación de los recursos materiales para realizarlo.

En este sentido, Pautassi (2018) considera que incorporar una lógica de derechos a la complejidad del cuidado no solo permitiría el reconocimiento de la tarea sino también una mejora sustancial en la calidad de vida ciudadana. Para ello, es importante dejar de lado la “ética” –que solo refuerza el carácter altruista adjudicado a las mujeres– para hablar de un “derecho” al cuidado (Pautassi, 2018).

Congruente con la determinación social, es posible también considerar el cuidado y sus características relacionales. Por un lado, el derecho a cuidar y a ser cuidado se vincula con el ejercicio de otros derechos de las cuidadoras y de quienes reciben cuidados. Desde la perspectiva de las primeras, el trabajo de cuidados que se realiza puede interponerse con la posibilidad de ejercer el derecho a trabajar para el mercado, percibir ingresos, acceder a la seguridad social, las pensiones o la acumulación de bienes. Mientras que desde la perspectiva de quienes reciben los cuidados, la falta de estos puede obstaculizar, entre otros, el ejercicio de los derechos a la alimentación, a la educación o a la salud, que son determinantes de la movilidad social (Orozco, 2018).

4.3 Conclusiones

El objetivo principal de esta tesis fue analizar los procesos críticos que desencadenan consecuencias significativas en las trayectorias de padecimiento en personas con diabetes tipo 2, congruente a ello se buscó describir los procesos críticos más importantes que se lograron dilucidar a través de los fragmentos comentados por los participantes.

Entre los principales procesos críticos identificados resaltó de manera especial, las condiciones desencadenadas por la pandemia, que afectó en las diferentes dimensiones descritas, esto es relevante ya que el trabajo de campo se realizó quizás en el periodo más alto de contagio, que se caracterizó por cambios en aspectos como: la salud, económicos y sociales.

Es decir, es relevante considerar que la identificación de estos procesos críticos se llevó a cabo en un contexto puntual, tal vez algunos de los procesos críticos descritos en esta tesis en este momento actual en 2022, son quizás diferentes, esto congruente con el dinamismo del proceso salud- enfermedad. Esta misma característica de cambio podemos observarlo en algunos procesos críticos que se han señalado como favorables sin que necesariamente se reflejen de la misma forma en todas las trayectorias de padecimiento descritas, y que pueden configurarse como procesos no benéficos dentro de otra trayectoria.

Continuando con algunas reflexiones vale la pena señalar que a continuación se muestran algunas observaciones que se han dividido principalmente en: teóricas y metodológicas. En cuanto a las teóricas, cabe resaltar que el objetivo inicial y central no era la realización de una propuesta de acercamiento teórico, se analizó que era necesaria para mostrar la congruencia entre el abordaje teórico-metodológico.

Dentro de las ventajas del abordaje teórico se puede mencionar; que permitió conocer las trayectorias de padecimiento, sin embargo, merece un trabajo teórico más amplio, que permita explicar y articular mejor las características descritas de las trayectorias de padecimiento desde la Salud Colectiva.

Así mismo se procuró una articulación teórica metodológica que fuera congruente, al usar como técnica de recolección la entrevista hubo limitantes para conocer o indagar más sobre la dimensión general, esto se hizo visible también en el hecho de que existe una mayor abundancia de hallazgos pertenecientes a las categorías singular y particular.

Desde luego que esto también se puede adjudicar a la naturaleza del objeto de estudio; vale la pena considerar que hablar de la determinación social es complejo, un

tópico amplio como es la diabetes tipo 2, requiere más que una tesis y debería constituirse como un trabajo dentro de una línea de investigación amplia.

Hablando sobre la exploración de las dimensiones, creo necesario realizar trabajos futuros que tomen en cuenta estas limitantes identificadas, así como reflexionar sobre la necesidad de fuentes de información variadas que permitan analizar con mayor profundidad la dimensión general. Sin dejar de lado que la determinación social, al tomar en cuenta dimensiones y a su vez categorías dentro de ellas, cada categoría conforma un corpus de conocimiento, es así que cada categoría es amplia en si misma, eso desde luego que hace pensar sobre esta tesis con realmente de alcance exploratorio, cada una de las categorías y procesos críticos identificados, podrían desarrollarse de manera más extensa e individual.

Asimismo, desde el trabajo empírico realizado se muestra la necesidad de tal vez retomar nuevos conceptos que surgen desde los hallazgos y que pueden enriquecer la propuesta teórica.

En lo que respecta a lo metodológico, cuando hablamos de Salud Colectiva y determinación social de la salud, aún es un campo de conocimiento en construcción, aunque existen herramientas metodológicas en la bibliografía disponible, no se describe de manera sistemática su metodología de utilización, aun así se intentó usar herramientas como la matriz de procesos críticos que se han descrito en las publicaciones más recientes.

Las herramientas metodológicas aún disponibles presentan un punto de contradicción con la simplificación de grandes procesos en las diferentes dimensiones, a una matriz que resume a grandes rasgos una serie de procesos críticos complejos por sí solos y que convergen en la realidad, por otra parte, permite visualizar de manera esquemática los puntos que convergen en los problemas de salud.

Hablar de determinación social de la diabetes en México, no sólo es un trabajo difícil, describir la totalidad de un problema cuya evolución histórica, varía en diferentes momentos y por lo tanto condiciones macrosociales; que pueden desencadenar otros o

nuevos procesos críticos, hace sumamente difícil analizar esta complejidad de manera completa.

Se resalta que se intentó desde los planteamientos de la determinación asumir la complejidad del problema de la diabetes tipo 2 en México.

Otro de los grandes retos y principales desventajas , es que dentro de la bibliografía disponible resulta poco claro como pasar de lo teórico a lo metodológico, cuando se definen cada una de las dimensiones, existen categorías que pueden pertenecer a dos dimensiones, dependiendo el punto de vista desde el cual se analiza, por ejemplo; dimensiones como: la atención a la salud, se puede analizar desde la dimensión general o particular, es por ello considerar que categorías o procesos difícilmente puedan clasificarse tan sólo en una dimensión, estos pueden pertenecen a procesos transversales que influyen o determinan las trayectorias a diferente escala y forma.

Cuando se habla de analizar los problemas de salud desde la determinación social, hace referencia también a la reflexión desde la epidemiología crítica, que se plantea como contra-hegemónica y que cuestiona fuertemente la epidemiología hegemónica. Sin embargo, al finalizar este trabajo de tesis, realmente me hace reflexionar sobre como analizar problemas de salud desde la epidemiología crítica no exime lo necesario que son los trabajos desde la epidemiología hegemónica, así como la necesaria reflexión desde la complementariedad de ambos abordajes, que permitan presentar la realidad desde las diferentes aristas. También lo necesario de mostrar análisis cuantitativos y cualitativos, que permitan mostrar una nueva lógica de análisis y en la explicación de los fenómenos de salud-enfermedad desde la determinación social de la salud.

El aporte de esta investigación y su relevancia se muestra desde la propuesta teórica que se suma a la comprensión de la determinación social de la salud desde una perspectiva crítica, como objeto de estudio de la Salud Colectiva.

El panorama de la diabetes tipo 2 en México se ha visualizado complejo, pareciera que estamos ante una encrucijada en la que al intentar comprender la totalidad nos

regresa al inicio o al menos a una reflexión cada vez más grande de la complementariedad de análisis, la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, P. (2020). Determinación social de la salud en el territorio: Miradas de los trabajadores bananeros en Tenguel (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*, 18. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9073>

Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial S. A.

Almeida-Filho, N. (2001). For a General Theory of Health: Preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400002>

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123. <https://doi.10.18294/sc.2006.61>

Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: Nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 16, e2751. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>

Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva*, 17, e3748-e3748. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>

Álvarez-Díaz, J. A., y Álvarez-Díaz, J. A. (2020). La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y cirujanos*, 88(3), 383-388. <https://doi.org/10.24875/ciru.19000865>

Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 263-271. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>

Amezcu Martínez, M. (2000). Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: Significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los*

Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, (07-08), 60-67.

<https://doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.08>

Amilpas García, M. S. (2020). Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19. ESPACIO I+D, INNOVACIÓN MÁS DESARROLLO, 9(25). <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>

Angrosino, M. (2012). Etnografía y observación participante en investigación cualitativa (Vol. 3). Ediciones Morata.

Arcos Guzmán, M. J., y Peña Mena, K. E. (2019). Representações sociais da diabetes mellitus tipo 2 em pacientes de Cuautla, México. Pensamiento Psicológico, 17(2), 121-134

Arganis, E. N. (2005). La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa DF. Cuicuilco, 12(33), 11-25.

Arouca, S. (2018). La historia natural de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública, 44, 220-228.

Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. Revista CEPAL, 77. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/10829>

Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. Papeles de población, 13(53), 9-22.

Bachelard, G. (1993). La formación del espíritu científico. Siglo XXI.

Backett, M. D., y Petros, B. (1984). El concepto de riesgo a la asistencia sanitaria. OMS.

Berlinguer, G. (1994). La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo. En Berlinguer, G. (Ed.). La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo (pp. 138-138).

Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. En Revista Cubana de Salud Pública, 33(1).

Bibeau, G. (1988). A Step toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections across Dimensions. Medical Anthropology Quarterly, 2(4), 402-416.

Blanco, J., y Sáenz, O. (1994). Espacio urbano y salud. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 16-23.

Bonavitta, P. (2020). Cuidados (invisibles) y cuerpos para otros. Un estudio de caso de mujeres de Córdoba, Argentina. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 17(2), e1.

Breilh, J. (1977). Crítica al modelo ecológico funcionalista de la epidemiología [Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco].

Breilh, J. (1995). Democracia profunda: mirada militante de una construcción política alternativa.

Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 937-951. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>

Breilh, J. (2003a). *Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad* (primera edición). Lugar Editorial S. A.

Breilh, J. (2010). *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.

Breilh, J. (octubre de 2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, Brasil <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>

Brunner, E. (1996). The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. En Blane, D.; Brunner, E. y Wilkinson, R. (Ed.) *Health and social organization* (PP. 272-297). Routledge.

Bunge, M. (1974). Representation. En M. Bunge (Ed.), *Treatise on Basic Philosophy: Semantics I: Sense and Reference* (pp. 83-114). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-010-9920-2_4

Calderón, C. (2015). Investigación cualitativa y práctica sanitaria: Reflexiones desde la atención primaria y los servicios de salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 33(1), S112-S120. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a19

Campos-Navarro, R., Torrez, D., Y Arganis-Juárez, E. N. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1271-1279. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500019>

Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Carro, R. G., Fernández, P. P., Montoya, N. H., Montejo, G. G., Morales, O. R., y Parra, L. V. (2002). El proceso salud enfermedad. Su determinación causal. *MediCiego*, 3(1). <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1529>

Cartas Fuentesvilla, G., Mondragón Ríos, R., y Álvarez Gordillo, G. D. C. (2012). Diabetes Mellitus II: La importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v9i1.729>

Cartas Fuentesvilla, G., Mondragón Ríos, R., y Álvarez Gordillo, G. D. C. (2012). Diabetes Mellitus II: La importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v9i1.729>

Carvalho, S. R. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: Una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4, 335-347. <https://www.scielosp.org/article/scol/2008.v4n3/335-347/>

Casas, D., Jarillo, E., Contreras, G., y Rodríguez, A. (2013). La Salud Colectiva para el análisis de la medicina familiar. *Medwave*, 13(04). <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.04.5666>

Castellanos Soriano, F., y Eslava Albarracín, D. (2014). Me dijeron que soy crónico: Lo que estoy haciendo para cuidarme. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(1). <http://hdl.handle.net/10554/26620>

Castiel, L. D., y Álvarez-Dardet, C. (2007). La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, 41, 461-466. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029>

Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>

Cecilia Pautassi, L. (2018). En cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 68(272-2), 717-742. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>

Chadwick, E., y Flinn, M. W. (1966). Report on the sanitary condition of the laboring population of Great Britain, 1842. *Science and Society*, 30(1). <https://navigator.health.org.uk/theme/report-sanitary-conditions-labouring-population-great-britain>

Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J. E., González, M. Á., y Salazar-Estrada, J. G. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 1-7. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n4/1-7/es>

Contreras Landgrave, G., Piñón Avilés, O., y Casas Patiño, D. (2021). Determinación Social en México y su efecto ante la pandemia por Covid-19. *Salud y bienestar colectivo*, 5(3), 21-45. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/112756>

Crook, A., Amable, O. G., Díaz, I. E. F., y Castro, A. (s. f.). Educación del diabético en el contexto de la medicina familiar en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Cubana Integral*, 35(2). <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/573/254>

Cruz-Sánchez, M., Cruz-Arceo, M. D. los Á., Cruz-Sánchez, M., y Cruz-Arceo, M. D. los Á. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 149-175. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>

Czarnecki, L., Carolina, T. H., & Chanes, D. V. (2018). Depresión y diabetes en México. Una relación a explorar desde las ciencias sociales. *Salud Problema*, 24, 54-71.

D'Argemir, D. C. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663

de Almeida Filho, N., Luis David, y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.

De Souza Minayo, M. C. (2018). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.

De-la-Torre, M. C. (2012). Salud Colectiva: Fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36.

Diz, A. M. M. (s. f.). Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control. 14.

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: Enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13(3), 375-390. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>

Edmonds, B. (1996). What is complexity? En Bull, L. (Ed.). *The evolution of complexity* (pp. 20-26). Springer.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

ENSANUT. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>

Escobedo, J., Rana, J. S., Lombardero, M. S., Albert, S. G., Davis, A. M., Kennedy, F. P., Mooradian, A. D., Robertson, D. G., Srinivas, V. S., y Gebhart, S. S. P. (2010). Association Between Albuminuria and Duration of Diabetes and Myocardial Dysfunction and Peripheral Arterial Disease Among Patients With Stable Coronary Artery Disease in the BARI 2D Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 41-46. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0265>

Espinoza, P. G., Egaña, D., Masferrer, D., y Cerda, R. (2018). Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e169.

Fabrega Jr, H. (1972). Concepts of disease: logical features and social implications. *Perspectives in Biology and Medicine*, 15(4), 583-616.

Fabrega, H. (1972) The study of disease in relation to culture. *Behavioral Science*. 17(2). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bs.3830170202>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>

Faur, E. (2018). Repensar la organización social y política del cuidado infantil. El caso argentino. *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas*, 172-187.

Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 124(1), 141-174.

Foucault, M. (1982). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económico.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores Argentina.

Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI.

Freitez, N. (2001). Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública, Universidad de Los Andes, Mérida.

García de Alba, J. E., Salcedo, A. L., López Coutiño, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*, 21, 97-108.

García, C. H. (2020). Matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud en la afectación al sistema inmune por exposición a agrotóxicos en La Paz, Bolivia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9216>

García, M. (2018). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(S1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.021>

García, R., & Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1).

Garza González, C. (2015). La construcción social de la obesidad, un estudio de sus procesos [tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco].

LINK DE REPOSITORIO

Gobierno de México. (2018). El impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus. <https://www.gob.mx/salud/documentos/el-impacto-de-las-politicas-publicas-sobre-diabetes-mellitus?state=published>

Gollust, S. E., y Lantz, P. M. (2009). Communicating population health: Print news media coverage of type 2 diabetes. *Social science & medicine*, 69(7), 1091-1098.

Gomes, M. B., Rathmann, W., Charbonnel, B., Khunti, K., Kosiborod, M., Nicolucci, A., Pocock, S. J., Shestakova, M. V., Shimomura, I., y Tang, F. (2019). Treatment of type 2 diabetes mellitus worldwide: Baseline patient characteristics in the global DISCOVER study. *Diabetes research and clinical practice*, 151, 20-32.

Gómez, A. S. O., García, V. V., & Estrada, M. M. (2005). La alimentación en México: Enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 13(25), 7-34.

Gómez, D. P. (2013). Estilo de vida saludable (EVS): Limitaciones del enfoque biomédico - Healthy lifestyle: some limitations of biomedical focus. *Apuntes Universitarios*, 3(1), 9-26. <https://doi.org/10.17162/au.v0i1.289>

Goris, S. J. A. G. (2015). Utilidad y tipos de revisión bibliográfica. *Revista Ene de Enfermería*, 9(2). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495>

Grain. (2015). Libre comercio y la epidemia de la comida chatarra en México. <https://grain.org/es/articulo/5171-libre-comercio-y-la-epidemia-de-comida-chatarra-en-mexico>

Granda, E. (2004). A qué llamamos Salud Colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).

Gredig, D., y Bartelsen-Raemy, A. (2017). Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: Implications for healthcare providers. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1620-1633.

Guarnizo-Herreño, C. C., & Agudelo, C. (2008). Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 10(1), 44-57.

Guerrero, L. (2008). Aproximación al concepto de salud Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>

Hansen, U. M., Olesen, K., y Willaing, I. (2020). Diabetes stigma and its association with diabetes outcomes: A cross-sectional study of adults with type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(8), 855-861. <https://doi.org/10.1177/1403494819862941>

Herández-Ibarra, L. E., Rangel Flores F. M., Yesica, R. F., y Ortiz, M. C. (2019). La atención a la enfermedad crónica en el Seguro Popular. La desigualdad institucionalizada en México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(SI), 75-76.

Hernández Rodríguez, J., Licea Puig, M. E., y Castelo Elías-Calles, L. (2015). Algunas formas alternativas de ejercicio, una opción a considerar en el tratamiento de personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(1), 77-92.

Hernández-Sampieri, R., y Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). McGraw-Hill Interamericana México.

Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>

Hirsch, S., y Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: Género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16, e2760. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2475>.

INEGI. (2019). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>

International Diabetes Federation. (2015). *IDF diabetes atlas* [Archivo PDF]. <https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/7/IDF%20Diabetes%20Atlas%207th.pdf>

Kass, L. R. (1975). Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *The Public Interest*, 40, 11.

Kato, A., Fujimaki, Y., Fujimori, S., Isogawa, A., Onishi, Y., Suzuki, R., Ueki, K., Yamauchi, T., Kadowaki, T., y Hashimoto, H. (2020). How self-stigma affects patient activation in persons with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ open*, 10(5), e034757.

Kershaw, P., & Tato, A. M. (2012). La política privada del cuidado: Reflexiones sobre Citizenship: Feminist Perspectives de Ruth Lister. *Debate Feminista*, 45, 94-104. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2012.45.898>

Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251-258.

Kreimer, P., & Zabala, J. P. (2006). ¿Qué conocimiento y para quién? Problemas sociales, producción y uso social de conocimientos científicos sobre la enfermedad de chagas en argentina, 12(23), 49-78. <https://www.redalyc.org/pdf/907/90702302.pdf>

Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: Una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

Krieger, N. (2016). Living and Dying at the Crossroads: Racism, Embodiment, and Why Theory Is Essential for a Public Health of Consequence. *American Journal of Public Health*, 106(5), 832-833. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303100>

Krieger, N. (2021). *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. Oxford University Press.

Kukoc Paz, I. (2020). La técnica extractiva en la determinación social de la salud de las familias mineras de Potosí (Bolivia). *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8995>

Landman, C. S. (2015). Salud mental –Salud social, un malentendido sociocultural [Archivo PDF]. Virtualia. <https://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/0sNxCLpeLrmdJWYIGfYbZzp75shyMkAO2XGIQkwc.pdf>

Landman, C. S. (2015). *Salud mental –Salud social, un malentendido sociocultural*. Virtualia.

Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. Cuadernos políticos, 17, 59-79.
<http://cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.17/17.7.AsaCristina.pdf>

Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos sociales, (19), 1-14. <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>

Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37, 4-17.
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina__autora__asa_crsitina_laurell.pdf

Laurell, A. C. (1993). Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Organización Panamericana de la Salud.

Laurell, A. C. (1997). La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa. En La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa (pp. 122-122).

Laurell, A. C., y Noriega, M. (1989). Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. Hucitec

Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva visión.

Leavell, H. R. (1965). Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach. Am J Public Health Nations Health, 48(7), 947
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1551701/>

Lefebvre, H. (1976). Espacio y política: El derecho a la ciudad II. Barcelona. Península.

Leriche, R. (1937). Pour una pedagogie de la Santé. [Mémoire FOPES, ECL-Louvain la Neuve]. LINK DEL REPOSITORIO

Lipson, J. G. (2000). Cultura y cuidados de enfermería. Index de enfermería, 28(9), 19-25.

Liu, N. F., Brown, A. S., Folias, A. E., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L., y Wood, R. (2017). Stigma in People With Type 1 or Type 2 Diabetes. Clinical Diabetes : A Publication of the American Diabetes Association, 35(1), 27-34.
<https://doi.org/10.2337/cd16-0020>

Loaiza, B. D. F, y Tombé R. S. (2018). Determinación social de la producción y consumo de frutas y verduras como proceso protector de la salud: un análisis desde las políticas y los actores sociales en el municipio de florida [Archivo PDF].

Lockwood, K. G., Marsland, A. L., Matthews, K. A., y Gianaros, P. J. (2018). Perceived discrimination and cardiovascular health disparities: A multisystem review and health neuroscience perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 170-207. <https://doi.org/10.1111/nyas.13939>

López Arellano, O. (2017). Salud Colectiva y Salud Pública, ¿Se está hablando de lo mismo? En Morales Borrero, M. C. (Ed.). *Salud Colectiva y Salud Pública: ¿Se está hablando de lo mismo?* (pp. 15-30). Universidad Nacional de Colombia.

López Arellano, O., Blanco, J., Garduño, M. A., Granados, J. A., Jarillo, E., y Tetelboin, C. (2011). Los determinantes sociales de la salud y la acción política: Una perspectiva desde la academia. En Eibenschutz C, Tamez S, Gonzalez R (Ed.). *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (pp. 253-272). Universidad Autónoma Metropolitana.

López, T. M. T., Torres, J. D. C., y Villarreal, F. C. (2005). Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: El caso de la diabetes Mellitus. *Investigación en Salud*, 7(1), 42-49.

López-Arellano, O., y Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: Evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416. <https://doi.org/10.15090/0102-311x00087416>

López-Ramón, C., Ávalos-García, M. I., Morales-García, M. H., y Priego-Álvarez, R. (2013). Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. 19(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48730715002>

Luis, A. G. (s. f.). Título de la tesis [Tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco]. LINK DEL REPOSITORIO

Luz, M. T. (2019). Natural, racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna. Editora Fiocruz/Edições Livres. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36799>

Major, B., Dovidio, J. F., y Link, B. G. (2018). *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*. Oxford University Press.

Major, B., Dovidio, J. F., y Link, B. G. (2018). *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*. Oxford University Press.

Major, B., Dovidio, J. F., y Link, B. G. (Eds.). (2018). *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*.

Manzo, Lidia, y Alessandra Minello (2020). "Mothers, childcare duties, and remote working under Covid-19 lockdown in Italy: Cultivating communities of care". *Dialogues in Human Geography* (en asignación de número).

Marx, K. (1990). *Contribución a la crítica de la economía política*. Siglo XXI.

Maukadenef, S. P. (2012). *Aproximación crítica a la concepción de ambiente-espacio para el desarrollo de la Salud Colectiva* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco].

Medina Gómez, O. S., y López Arellano, O. (2010). Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México. En Chapela, Ma. del C. (Ed.). *En el debate: diabetes en México* (pp. 25-52). Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Mejía-López, J., y Gómez-Peñaloza, S. A. (2017). Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: Hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Revista de Salud Pública*, 19, 291-296. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.35581>

Méndez, F. (2013). Epidemiología moderna: Antecedentes, desarrollos y perspectivas. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*, 12.

Mendoza-Catalán, G., Chaparro-Díaz, L., Gallegos-Cabriales, E., Carreno-Moreno, S. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: Revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 15(1), 90-102. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>

Mendoza-Romo, M. Á., Zavala-Cruz, G. G., Padrón-Salas, A., Ortiz-Nesme, F. J., Ramírez-Arriola, M. C., y Salas-Jiménez, J. A. (2017). Asociación del índice de desarrollo humano y diabetes mellitus tipo 2 en unidades de medicina familiar del estado San Luis

Potosí, México. Atención Familiar, 24(4), 156-159.

<https://doi.org/10.1016/j.af.2017.08.001>

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.

Menéndez, E. L. (2002). La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo. *La parte negada de la cultura*. Lugar Editorial. Editorial.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1). <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>

Menéndez, E. L. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva. Lugar Editorial.

Menéndez, E. L. (2009). De sujetos, saberes y estructuras; introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva. Lugar Editorial.

Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113.

Menéndez, E. L. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: Los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, 16, e3149. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3149>

Mercado, F. J., Robles, S. L., Ramos, H. I., Torres, T., Alcantara, H., y Moreno, L. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En Mercado, F. J. y Robles S. L. (Comps.) *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México* (pp. 223-246). Universidad de Guadalajara.

Mercado, F., y Diaz, B. (2010). Vivir y morir de diabetes en México ¿qué piensan y hace las personas que la padecen? En Chapela M. (Ed.). *En el debate: Diabetes en México* (pp. 111-134). Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Mercado-Martínez, F. J., Robles Silva, L., Ramos Herrera, I. M., Leal, N. M., & Alcántara Hernández, E. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. *Reflexiones*

sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1), 179-186. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100018>

Mercado-Martinez, F. J., y Ramos-Herrera, I. M. (2002). Diabetes: The Layperson's Theories of Causality. *Qualitative Health Research*, 12(6), 792-806. <https://doi.org/10.1177/104973230201200606>

Merhy E. E. y De Vega. (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial. https://lugareditorial.com.ar/libro.php?id_lib=400&libro=Salud.%20Cartograf%C3%ADa%20del%20trabajo%20vivo

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes.

Millán, C., Pérez, J. A., García-Mayor, R., y Menéndez Torre, E. (2010). Triple terapia en diabetes tipo 2: Revisión sistemática de la evidencia disponible. *Avances en Diabetología*, 26, 276-280. [https://doi.org/10.1016/S1134-3230\(10\)64016-1](https://doi.org/10.1016/S1134-3230(10)64016-1)

Minayo-Gomez, C., y Thedim-Costa, S. M. da F. (2003). Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 125-136. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100010>

Mohebi, S., Azadbakht, L., Feizi, A., Sharifirad, G., y Kargar, M. (2013). Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 36. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.115827>

Mohebi, S., Azadbakht, L., Feizi, A., Sharifirad, G., y Kargar, M. (2013). Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 36. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.115827>

Montero, G. (2020). Mortalidad por accidentes de tránsito: Su determinación social. Distrito Metropolitano de Quito, 2013. *Revista Ciencias de la Salud*, 18. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9134>

Montesi, L. (2017). La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 46-76. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.287>

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15, 810-813.

Mora-Morales, E. (2014). Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Médica Costarricense*, 56(2), 44-46.

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Moreno-Tochihuitl, M., Gallegos-Cabriales, E. C., Salazar-González, B. C., y Domínguez-González, E. (2018). Teoría de rango medio: Procesos familiares que predicen el descontrol glucémico en diabetes mellitus. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 634-648. <https://doi.org/10.30681/25261010>

Nava, M. E. P., González, S. T., & Guzmán, R. G. (2014). La salud de los trabajadores y su determinación social. *Salud, ambiente y trabajo*, 171.

Navarrete, J. M. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180.

Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I. G., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., Peyrot, M., & DAWN2 Study Group. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 30(7), 767-777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>

NOM 015-SSA2-2010 [Diario Oficial de la Federación] Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (23 de noviembre de 2015). <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm#:~:text=1.1%20Esta%20Norma%20Oficial%20Mexicana,prevenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20de%20sus%20complicaciones>.

NOM-012-SSA3-2012. [Diario Oficial de la Federación]. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 04 de enero de 2013.

NOM-015-SSA2-2010. [Diario Oficial de la Federación]. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (2015). <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

Nunes, E. D. (1970). Aspectos psico-socio-culturales de la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis. Seminario de Ciencias de la Conducta patrocinado por OPS/OMS (mimeografiado). Campinas.

Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C. A., Rauda, J., y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública de México*, 49(3), s331-s337.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254649>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE3.pdf>

Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., y Moons, P. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(4), 429-440.

Orozco, M. (2018). El trabajo, los cuidados y la pobreza. En *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Organización de las Naciones Unidas Mujeres.

Osorio García, S. N. (2011). El pensamiento complejo y la transdisciplinariedad: Fenómenos emergentes de una nueva racionalidad. *Revista Facultad de Ciencias Económicas*, 20(1), 269-291. <https://doi.org/10.18359/rfce.2196>

Page Pliego, J. T., Eroza Solana, E., y Acero Vidal, C. G. (2018). Vivir sufriendo de azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. <http://www.librosoa.unam.mx/handle/123456789/2317>

Page Pliego, J. T., y Page Pliego, J. T. (2017). Sufrir de azúcar por Ak'chamel 'mal echado' en el marco de un horizonte cosmológico amplio: Dos casos en Tenejapa, Chiapas. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 99-125. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.289>

Page-Pliego, J. T. (2013). Refresco y diabetes entre los mayas de TEJENAPA, San Cristóbal de Las Casas y Chamula, Chiapas. *LiminaR*, 11(1), 118-133. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-80272013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[80272013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-80272013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Pautassi, L. C. (2013). El trabajo de cuidar y el derecho al cuidado: ¿Círculos concéntricos de la política social? Universidad Nacional de Rosario. <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/4981>

Pedrero, M. (2018). Diferencias de género y roles familiares en la asignación de tiempo destinado a cuidados. En ONU (Ed.). *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. #-#). Organización de las Naciones Unidas Mujeres.

Pedrero, V., Alonso, L. M., y Manzi, J. (2021). El estigma asociado a la diabetes: Elementos conceptuales, mecanismos involucrados y desafíos: Diabetes Surrounding Stigma: Conceptual Issues, Mechanisms Involved and Challenges. *Salud Uninorte*, 37(1), 205-219. <https://doi.org/10.14482/sun.37.1.610.7>

Pérez-Martínez, P., Carrasco Sánchez, F. J., Carretero Gómez, J., y Gómez-Huelgas, R. (2020). Resolviendo una de las piezas del puzzle: COVID-19 y diabetes tipo 2. *Revista Clínica Española*, 220(8), 507-510. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.003>

Pinzón-Rocha, M. L., Aponte-Garzón, L. H., y Hernández-Páez, R. F. (2013). Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *Orinoquia*, 17(2), 241-251. <https://doi.org/10.22579/20112629.22>

Piovani, J. I. (2011). La escuela de Chicago y los enfoques cualitativos: Términos y conceptos metodológicos. *Papers. Revista de Sociología*, 96(1), 245-258. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v96n1.153>

Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Hateley-Browne, J. L., y Speight, J. (2020). Weight stigma and diabetes stigma in US adults with type 2 diabetes: Associations with diabetes self-care behaviors and perceptions of health care. *Diabetes research and clinical practice*, 168, 108387. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108387

Quiñones, A. R., Markwardt, S., y Botoseneanu, A. (2019). Diabetes-multimorbidity combinations and disability among middle-aged and older adults. *Journal of general internal medicine*, 34(6), 944-951.

Rabi, D. M., Edwards, A. L., Southern, D. A., Svenson, L. W., Sargious, P. M., Norton, P., Larsen, E. T., y Ghali, W. A. (2006). Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health Services Research*, 6(1), 124. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-124>

Rangel, Y. R., Morejón Suárez, R., Cabrera Macías, Y., Herranz Brito, D., Rodríguez Ortega, W., Rangel, Y. R., Morejón Suárez, R., Cabrera Macías, Y., Herranz Brito, D., y Rodríguez Ortega, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(3), 13-23.

Rico, M. N. (2011). Crisis del cuidado y políticas públicas: El momento es ahora. En: *Las familias latinoamericanas interrogadas: hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas* (pp. 107-122). CEPAL.

Rios Cazares, G., y López Moreno, S. (2018). Comprendiendo el cuidado y los cuidados: Tipología del cuidado desde la Salud Colectiva. En Jarillo Soto E. y López Arellano (coords.). *Salud Colectiva en México: Quince años del doctorado en la UAM* (pp. 127-145). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Rivera-Hernandez, M. (2014). Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans. *Diabetes research and clinical practice*, 105(1), 70-78.

Rodríguez Enríquez, C. R. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. *Nueva sociedad*. [https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-
aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-
desigualdad/#:~:text=A%20trav%C3%A9s%20del%20concepto%20de,manera%20en%
20que%20se%20organiza](https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/#:~:text=A%20trav%C3%A9s%20del%20concepto%20de,manera%20en%20que%20se%20organiza)

Rodríguez-Torres, A., y Casas-Patiño, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en México. *Rev. Enf. Inst. Mex. Seguro Soc*, 26(10), 281-290.

Rojas Ortega, L., y Jarillo Soto, E. C. (2018). El cuidado en salud: Referentes desde la Salud Colectiva. En En Jarillo Soto E. y López Arellano (Coords.). Salud Colectiva en México: Quince años del doctorado en la UAM (pp. 105-126). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Rojas Rajs, S., y Natera, J. M. (2019). Movilización del conocimiento: Aportes para los estudios sociales de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(3), 111. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8369>

Rojas, D. E., Espinoza, P. G., y Osiac, L. R. (2020). La alimentación en tiempos de pandemia por COVID-19. *Revista Chilena de Salud Pública*, 110-122.

Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., y Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 224. <https://doi.org/10.21149/8566>

Rojas-Rajs, S. (2016). La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: Problemas y límites para la comunicación en salud. *Salud Problema*, 10, 9-21.

Rojas-Rajs, S., y Soto, E. J. (2013). Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: Aportes para la reflexión desde la Salud Colectiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17, 587-599. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000300008>

Rossel, C. (2016). Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas. CEPAL.

Salazar-Coronel, A. A., Martínez-Tapia, B., Mundo-Rosas, V., Méndez Gómez-Humarán, I., Uribe-Carvajal, R., Salazar-Coronel, A. A., Martínez-Tapia, B., Mundo-Rosas, V., Méndez Gómez-Humarán, I., y Uribe-Carvajal, R. (2018). Conocimiento y nivel de comprensión de la campaña Chécate, Mídete, Muévete en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60(3), 356-364. <https://doi.org/10.21149/8826>

Salcedo-Rocha, A. L., de Alba-García, J. E. G., Frayre-Torres, M. J., y López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 73-81.

Samaja, J. (1993). Elementos para una teoría de la investigación científica. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Lugar editorial.

Santana Juárez, M. V., Rosales Estrada, E. M., Manzano Solis, L. R., Santana Castañeda, G., y Serrano Barquín, R. A. (2015). *El ordenamiento territorial y su papel en la construcción de lugares saludables, caso: Zona metropolitana de Toluca, México*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Editorial Universitaria. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/58125>

Scheper-hughes, N. y Lock, M. (1986). Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(5):137- 140. <https://www.jstor.org/stable/649016>

Secretaria de salud (SSA). (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*

Silva, J. A. da, Amorim, K. P. C., Valença, C. N., y Souza, E. C. F. de. (2018). Experiencias, necesidades y expectativas de las personas con diabetes mellitus. *Revista Bioética*, 26, 95-101. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261230>

Silva, J. A. da, Amorim, K. P. C., Valença, C. N., y Souza, E. C. F. de. (2018). Experiencias, necesidades y expectativas de las personas con diabetes mellitus. *Revista Bioética*, 26, 95-101. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261230>

Silva, J. A. da. (2014). *Promoção da saúde: Estratégias para a autonomia e qualidade de vida do sujeito com diabetes* [Tesis de maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17852>

Singer, M. (2000). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 28(1), 13-24.

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. John Wiley & Sons.

Singer, M.(1989). The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28:1193-1203.

Sontag, S., (1990). *Illness as Metaphor*. Anchor Books.

Spinelli, H. (30 sep – 2 de octubre de 2008). *La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades, un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en*

América Latina. Ponencia presentada en el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES, Ciudad de México.

Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(10), 57-67.

Suñe, B. S., Agraz, M. L., y Torrent, A. T. (2004). Experiencia en el uso de las trayectorias clínicas de la resección transuretral del tumor vesical y el adenoma de próstata. *Enfuro*, 92, 21-24.

Susser, M. (1973). Causal thinking in the health sciences: Concepts and strategies of epidemiology. *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies of Epidemiology*, xii,181-xii,181.

Taylor, S. J., y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación*. Ediciones Paidés.

Tejada, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista perspectivas de salud*, 8(1).

Thorton, J. (2000). *Pandora's Poison: Chlorine, Health, and a New Environmental Strategy*. The MIT Press.

Trujillo Olivera, L. E., Nazar Beutelspacher, A., Trujillo Olivera, L. E., y Nazar Beutelspacher, A. (2011). Autocuidado de diabetes: Una mirada con perspectiva de género. *Estudios demográficos y urbanos*, 26(3), 639-670. <https://doi.org/10.24201/edu.v26i3.1377>

Vaitsman, J.(1994). Hierarquía de Género e Ineqüidade em Saúde. En Mercado F.J. y Robles L. (Eds.). *La Salud al Final del Milenio.Realidades y Proyectos en la Sociedad Occidental* (pp. 237-252). Editorial.

Valdés, J.(2008). Cambios en la distribución socio-territorial de la mortalidad por enfermedades cardio-vasculares en México, 1990-2000. [Tesis doctoral, UAM-Xochimilco]

Vargas Villa, M. de J. (2021). Trabajo de cuidados especiales no remunerado en México en contextos pandémicos: Aproximaciones metodológicas. El Autor. <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/4696>

Victoria Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.

Victoria Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.

Villalba, S. N. (2016). Salud, enfermedad y cuidado. *Revista de Políticas Sociales*, 8(8). <http://www.rps.unm.edu.ar/>

Viniegra-Velázquez, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1), 47-59.

Whiting, D. R., Guariguata, L., Weil, C., y Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 311-321. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.029>

Woolf, S. H. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *JAMA*, 299(2), 211-213. <https://doi.org/10.1001/jama.2007.26>

World Health Organization. (2010). *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. World Health Organization.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 11(1), 257-285.

ANEXOS

Anexo 1.- Variables y dimensiones

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Subdimensiones
Determinación social	Singular	Libre albedrio personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas (Breilh,2013)	Subjetividad, significados de la enfermedad, diferencias de género y sexo Autocuidado/autoatención
	Particular	Patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad (Breilh,2013)	Condiciones de vida, territorio, atención a la salud, condiciones de trabajo Modos de vida Arreglos familiares
	General	Corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital (Breilh,2013)	Modo de producción Políticas públicas

Anexo 2.- Guía de entrevista

1. Cuénteme un poco de su vida, la historia de su vida
2. (Dejar que cuente temas sobre vida: posición social, arreglos familiares, situación laboral, desde cuándo está afiliado al IMSS, es trabajadora o es familiar)
3. ¿Cómo llegó la diabetes a su vida?
4. ¿Por qué cree que se enfermó?
5. ¿Se siente capaz de afrontar la diabetes?
6. ¿Qué ha sido lo más fácil de afrontar teniendo diabetes? Los mejores momentos
7. ¿Cuáles han sido los momentos más difíciles, teniendo diabetes?
8. ¿Qué cambios hubo en su vida a partir de que lo diagnosticaron?
 - En el trabajo
 - En la familia
 - En la situación económica
9. ¿Qué cambio en la forma en la que se ve así mismo
10. ¿Ha tenido situaciones que pongan en peligro su vida, a causa de la diabetes? ¿Más problemas de salud a causa de la diabetes?
11. ¿Quién de sus familiares está más atento de su salud?
12. ¿Le ha afectado laboralmente tener diabetes? Podría describir su experiencia
13. ¿Cómo ha sido atenderse en el IMSS? (con toda confianza)
14. ¿Ha tenido dificultades para acceder a la atención a su enfermedad, cómo consultas, medicamentos, atención especializada, podría contar su experiencia?
15. ¿Le ha pasado no querer ir al IMSS?
16. Además del IMSS ¿de qué otras maneras se atiende la diabetes?
17. ¿Qué opina de DIABETIMSS?
18. ¿Qué piensa que podría mejorar en el IMSS, en cuanto a la atención en diabetes?

Anexo 3.- Consentimiento informado IMSS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**
**Carta de consentimiento informado para participación en
tesis de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al
participar en el estudio:

Información sobre resultados y
alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador responsable: _____
Colaboradores: _____

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 4.- Consentimiento informado

Estimado señor (a):

Soy Estudiante del doctorado en ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana. En este momento me encuentro realizando un estudio de investigación cuyo objetivo es conocer su trayectoria de padecimiento con diabetes mellitus.

Para obtener esta información me es preciso realizar una entrevista con Usted, para ello requerimos un tiempo aproximado de 60 minutos y es posible que exista la necesidad de realizar varias sesiones de entrevista. Esta entrevista será grabada en audio si es que usted lo permite.

Su participación en el estudio es voluntaria y la información que me proporcione será confidencial y solo será usada para los fines del estudio. Si tiene cualquier duda sobre el estudio puede preguntar en el momento que lo desee y de igual forma puede abandonar el estudio cuando Usted lo juzgue pertinente. Cabe destacar que toda la información será completamente confidencial.

De antemano le agradezco su atención y me pongo a su disposición.

Nombre y firma del participante

Le anexo además los datos para que pueda localizarme si tuviese alguna duda, información o sugerencia adicional.

Lic. en Enf. Juana Guadalupe Mendoza Zapata M.S.P

Correo electrónico: mend_gpe_@hotmail.com

Teléfono celular; 4445472333