

Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo

Socio cultural aspects related to diabetes: A qualitative analysis

Dulce María Guillén-Cadena,* Betsy Flores-Atilano**

RESUMEN

* Doctora en Educación.
** Maestra en Enfermería.

Facultad de Estudios
Superiores Iztacala,
UNAM.

Correspondencia:
DMGC, dulce1414@
hotmail.com

Conflicto de intereses:
Las autoras declaran
que no tienen.

Citar como: Guillén-
Cadena DM, Flores-
Atilano B. *Aspectos
socioculturales
relacionados con la
diabetes: Un análisis
cualitativo*. Rev
CONAMED 2018;
23(4): 182-189.

Recibido: 27/08/2018.
Aceptado: 13/09/2018.

Introducción: Las enfermedades crónicas representan una gran preocupación en el ámbito de la salud pública a nivel mundial por su desmedido incremento, en especial en países en vías de desarrollo, debido al crecimiento poblacional, el estilo de vida sedentario y las prácticas poco saludables en la dieta diaria, las cuales se encuentran relacionadas con aspectos socioculturales. La enfermedad crónica representa un evento perturbador con afecciones permanentes a la vida cotidiana, generando rupturas críticas en la autoestructura del individuo. El personal de salud y las relaciones sociales en general son fuente importante de apoyo que funcionan como mediadores psicosociales de adaptación y de mantenimiento de la salud para quien padece diabetes. **Material y métodos:** Investigación cualitativa descriptiva. Se utilizó el método fenomenológico descriptivo propuesto por Edmund Husserl. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada, la observación participante y las notas de campo. Se diseñó un instrumento guía de preguntas relacionadas con el objeto de estudio. La selección de los informantes se llevó de acuerdo con el típico ideal; fueron siete informantes mayores de edad que tuvieran más de cinco años de haber sido diagnosticados con diabetes mellitus (DM); el análisis de los datos se llevó a cabo conforme a lo propuesto por Krueger (1991): transcripción, codificación, formación de categorías y subcategorías, buscando las relaciones entre ellas. **Resultados:** Después de haber realizado un profundo análisis de las entrevistas se encontraron los siguientes temas: aspectos familiares, laborales y sistema de salud. **Discusión y conclusiones:** Los aspectos socioculturales son determinantes durante el proceso de diagnóstico, adaptación y aceptación de la diabetes, entre los que destacan: la familia, el trabajo, el sistema de salud, etc., dada su influencia en el trayecto que el paciente toma al padecer esta enfermedad. El desarrollo del capital social genera paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al convivir en sociedad y vivir con el padecimiento en cualquier ámbito.

Palabras clave: Análisis cualitativo, diabetes, vivencias, pacientes, factores socioculturales.

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases represent a great concern in the field of public health worldwide due to their excessive increase, especially in developing countries, given the population growth, sedentary lifestyle and unhealthy practices in the daily diet. Which are related to sociocultural aspects. A chronic disease represents a disturbing event with permanent affections to everyday life, generating critical ruptures in the self-structure of the individual. Health personnel and social relationships in general are important sources of support, serving as psychosocial mediators of adaptation and maintenance of health for those with diabetes. **Material and methods:** Descriptive qualitative research, the descriptive phenomenological method proposed by Edmund Husserl was used. The data collection was carried out through the semi-structured interview, the participant observation and the field notes. A guide instrument of questions related to the object of study was designed. The selection of the informants was carried out according to the typical ideal, there were seven informers of legal age who had more than five years of being diagnosed with diabetes mellitus (DM); the analysis of the data was carried out as proposed by Krueger (1991): transcription, coding, formation of themes and subthemes, looking for the relationships between them. **Results:** After having carried out an in-depth analysis of the interviews, the following topics were found: Family, work and health system aspects. **Discussion and conclusions:** The sociocultural aspects are decisive during the process of diagnosis, adaptation and acceptance of diabetes. Among those that highlight, the family, work, health system, etc. are, given its influence on the path that the patient takes to suffer from this disease; the development of social capital gradually generates a remarkable independence resulting from empowerment for learning acquisition by living in society and suffering in any field.

Key words: Qualitative analysis, diabetes, experiences, patients, sociocultural factors.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas representan un importante problema de salud en la sociedad contemporánea a nivel mundial; su incremento en prevalencia, sobre todo en países en vías de desarrollo, es de índole multifactorial, además de que generan limitaciones importantes en la calidad de vida de las personas que las padecen, conllevan repercusiones en diversos ámbitos, ya sea a nivel político, económico, social y personal.¹ Por ello, constituyen uno de los problemas de salud prioritarios en el siglo XXI. Su sostenido y progresivo aumento en las tasas epidemiológicas demuestra el gran desafío que enfrenta actualmente la población mundial debido a que son de larga duración, generalmente de progresión lenta y de tratamiento prolongado.²⁻⁴ Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables de 28 millones de muertes anuales (OMS, 2014).⁵

La diabetes es causada por una combinación de factores, incluyendo la susceptibilidad genética, la obesidad y la inactividad física. Paralelamente, con el envejecimiento de la población, muchos otros factores asociados con el estilo moderno de vida han contribuido al incremento en su prevalencia en décadas recientes. Un estilo de vida sedentario, malos hábitos alimenticios y la obesidad son factores de riesgo de desarrollarla.²⁻⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como determinantes sociales de la salud los factores extrínsecos o: «circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Siendo el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas». Así pues, los aspectos socioculturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de las enfermedades crónicas, más allá de cuestiones intrínsecas del individuo tales como la genética. Es importante considerar estos factores extrínsecos propios de la vida moderna como el nivel de estrés, hábitos dietéticos, falta de actividad física y nivel adquisitivo así como políticas de orden social y sanitario porque impactan directamente en la calidad de vida y con ello en la salud de las personas.⁶

Con respecto a la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas tales como la diabetes, es importante considerar que ésta debe verse como un constructo multidimensional que incluye además de los signos y síntomas propios de la enfermedad, el funcionamiento psicológico y social del individuo.⁷ Siendo este último (funcionamiento social) referido por la OMS, al verse afectado por diversos factores como limitaciones funcionales debidas al dolor o fatiga, el miedo de la persona enferma a ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc., dando como resultado el trastorno de las actividades sociales normales, incluyendo el papel que desempeña y las vivencias que tiene a nivel social, familiar y laboral.⁸

Por tal motivo, resulta de gran importancia indagar en los aspectos socioculturales relacionados con la diabetes a partir de la visión subjetiva de quien padece esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo mediante la metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico eidético; la recolección de datos se realizó por medio de la entrevista semiestructurada,⁹ observación participante y notas de campo, como instrumento se utilizó una guía de preguntas relacionadas con las vivencias de personas que padecen diabetes.

El paradigma cualitativo se eligió para esta investigación, puesto que se enfoca en la experiencia humana, haciendo especial énfasis en la subjetividad y no en la objetividad.¹⁰ Lo anterior se debe a que en el aspecto cualitativo, la adquisición del conocimiento radica en la propia experiencia del sujeto y no en cuestiones cuantificables, medibles u objetivas como es el caso del aspecto cuantitativo. La aproximación metodológica de la fenomenología se coloca antes de cualquier creencia y juicio para explorar simplemente lo dado, sin generar hipótesis ni presunciones de ninguna índole, tampoco el sentido común, el mundo natural, las proposiciones científicas, ni las experiencias psicológicas. Únicamente lo que los informantes comparten y nada más.^{9,11}

La fenomenología eidética propuesta por Edmund Husserl no examina los contenidos de la conciencia para determinar si son reales o imaginarios, sino que suspende la conciencia fenomenológica para poder exponer sólo lo obtenido y describirlo tal y como es recibido.^{12,13}

Los informantes fueron dos hombres y cinco mujeres que cumplieron con los criterios de padecer diabetes mellitus y que habían recibido su diagnóstico desde hace cinco años (mínimo), mayores de 18 años, interesados en participar en el estudio y dispuestos a leer y firmar el consentimiento informado.¹⁴

Los aspectos éticos considerados para esta investigación permitieron reconocer la individualidad de los informantes, manteniendo su identidad, ideología, juicios y elementos culturales con absoluto respeto y discreción, evitando reduccionismos y propiciando condiciones propias de la subjetividad. Lo anterior mediante la aplicación del modelo bioético propuesto por Emmanuel, basado en distintas fuentes relacionadas con la normatividad comprendida por el Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS), la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y el informe Belmont.¹⁵

El rigor científico de la investigación se apejó a los tres criterios que para dicho propósito propusieron Castillo y Vázquez: 1) credibilidad: para mantener la realidad y veracidad de los hallazgos, 2) confirmabilidad: con la finalidad de manifestar la neutralidad del análisis en la interpretación de la información, confirmando posibles hallazgos similares en otros estudios y 3) transferibilidad: verificando la posibilidad de trasladar los hallazgos obtenidos a estudios posteriores en otros contextos.¹⁶

El análisis de los datos se llevó a cabo conforme a lo propuesto por Krueger (1991): transcripción, codificación, formación de categorías y subcategorías, buscando las relaciones entre ellas.¹¹

RESULTADOS

Después de haber realizado un profundo análisis de las entrevistas se encontraron los temas que a continuación se presentan:

Temas

Tema 1. Aspectos familiares (primera red social)

El entorno familiar es determinante al inicio del proceso de adaptación y aceptación, generando paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al vivir con la enfermedad.

En voz de los entrevistados:

Tina: No tenía ni idea de lo que era la diabetes; sabía que la padecía mi papá, pero no sabía qué era.

Facundo: Prácticamente soy el menor de cinco hermanos. Cuatro de mis hermanas... tres de ellas son diabéticas. Tuvieron esa enfermedad, lo digo por una que falleció... es un tema que se conoce porque mi mamá fue diabética y tres de mis hermanas están en esto.

Berenice: Yo en ese momento me bloqueé. Me dijo «diabetes», pero ¿cómo que diabetes? Yo en ese momento no estaba muy informada de lo que era. En mi familia no hay nadie diabético. Hipertenso sí hay, hay bastantes... pero diabetes no.

Irma: ¿Por qué yo en toda la familia? Para mí fue muy difícil porque en mi familia no hay nadie... ni mis abuelos, ni mis papás, ni mis hermanos, ni mis tíos... o sea, conozco a toda mi familia y nadie es diabético... y conozco a los hermanos de mi mamá, a los hermanos de mi papá, a mis primos y no. Tienen otras enfermedades, pero menos el azúcar. No, nadie de mi familia tenía diabetes. Todos mis primos, pues no, los hijos de mis hermanos de mi mamá y los hijos de hermanos de mi papá, no. Nadie tenía diabetes.

Lluvia: Que yo sepa, yo soy la primera que me (risa) tomé esa libertad de agarrar esa enfermedad, así... nada más.

Las personas que padecen enfermedades crónicas tienden a comparar su estado de salud con el de otros miembros de su familia para establecer similitudes, diferencias o referencias con respecto a un padecimiento que se sabe hereditario.

A continuación «Berenice» comparte sus experiencias familiares, en específico con sus hijos:

Bueno, por ejemplo más son mis hijos, pues están siempre al pendiente de mí. Siempre me dicen ¿ya comiste?, ¿te sientes bien? O cuando de regreso a casa, luego me llaman... ¿De a dónde vienes, te sientes bien? Este... casi por lo regular así.

Algunas personas que padecen DM mencionan recibir un trato atento por parte de sus familiares, quienes están al pendiente de sus comidas, cómo se sienten así como su integridad y seguridad al salir a la calle y regresar a sus casas.

A continuación «Facundo» comparte sus experiencias familiares:

Fui algo cortante con la familia en un inicio porque esperaba yo un trato diferente. Fue por no saber. Entendía que era una enfermedad y sentía que era algo crítico. Inclusive que podía restar mis años de vida y que debería aprovecharlos y entré en una situación como de exigir que me trataran mejor y pensando que iba a ser menos mi tiempo, pero me acomodó más y me di cuenta de que era algo normal y el trato que yo recibía... me gustó más que fuera normal.

Mientras que «Lluvia» menciona:

A veces sí me ponía muy sentimental, precisamente con los hijos que luego, pues se desatienden de uno y sentía mucha tristeza porque... anteriormente pues como que exigía más atención. Ahora pienso que a lo mejor sí viene a perjudicar algo los sentimientos la enfermedad.

Sin embargo, en ocasiones y sobre todo al principio del diagnóstico, quienes padecen DM suelen tener relaciones ríspidas con sus familias, dado que exigen un trato especial por estar «enfermos» y no conocer realmente su padecimiento.

Tema 2: Aspectos laborales

De acuerdo con Salazar et al., una organización laboral puede considerarse como un microambiente

compuesto por individuos, puestos y áreas de trabajo, actividades y una variedad de elementos que permiten al individuo desarrollarse.¹⁷ A propósito de lo anterior, el siguiente fragmento de discurso muestra la experiencia laboral de una participante, la cual acudió a una entrevista de trabajo:

«Tina» menciona:

Bueno... en una ocasión estaba buscando trabajo y fui a una fábrica y había pasado todas las pruebas; el examen médico todavía no me lo hacían, me lo iban a hacer, pero primero me pasaron a la última entrevista con la jefa de recursos humanos y cuando supo que tenía diabetes, fue así como de: -¡No, ya no!- así tal cual, lo manifestó. Y pues no, no se vale... ¿no? Pues no es una enfermedad muy, muy grave como para que no pueda trabajar.

El fragmento anterior muestra cómo las personas que padecen DM suelen ser discriminadas por su padecimiento en área laboral, inclusive en las entrevistas de trabajo y antes de incorporarse a la empresa en cuestión, lo cual se convierte en un limitante para poder sentirse productivos y sociabilizar en el entorno del trabajo.

A su vez, en cuanto a la interacción social, se presenta un fragmento del discurso de una participante que manifiesta sentirse aceptada y ajustada al convivir socialmente:

Me he sentido aceptada. Hablando de alimentos y eso, pues a mí me enseñaron a comer... así de: «¿Quieres una rebanada de pastel?» pues pido una rebanada más chica que la de los demás y a lo mejor me quito una ración de fruta... y es de vez en cuando, ¿no? Y en todo lo demás, pues nada en especial, todo normal.

Las personas con diabetes se sienten aceptadas socialmente en la medida en que saben controlar y ajustar su alimentación de acuerdo con el tipo de comida que haya, pudiendo incluso modificar sus raciones y alimentos subsecuentes.

Irma: *Yo puedo hacer mi trabajo, gracias a Dios, hasta ahorita no he tenido problemas; decir: hoy no*

trabajo porque me siento mal o porque hoy no voy a trabajar porque me siento muy mal por eso... ¡No! Gracias a Dios, no.

Sandra: *En cuanto al trabajo, pues me siento mal, de repente hay días que no podría hacerlo (subir escaleras en el trabajo), siento que me voy a caer, me siento mareada. Me puedo cortar y sería un alto riesgo para mí... No me voy a mi casa precisamente porque siento que aquí puedo entrar en la computadora, conozco compañeros, conozco doctores con quienes puedo platicar si me siento mal y si llego a mi casa, me siento cansada, me acuesto y es dormir, dormir...*

Facundo: *Bueno, en el plan laboral también hay cambios porque, pues, uno de momento, pues, ya anda con la autoestima baja. Uno piensa que, pues... que ya todo se va acabar, pero no... todo es cosa de centrarse en una realidad. Y bueno, ver las cosas. Eso sí es algo que estoy muy, muy consciente. A veces nuestra mentalidad cambia; nuestro genio también. Hay veces que es uno muy sociable... como que se vuelve uno muy parco, muy... muy... pues, la verdad... por un momento deja uno esa alegría por ser una persona sombría.*

Tema 3: El personal sanitario: un reflejo del sistema de salud

De acuerdo con la OMS, el personal sanitario está compuesto por todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad la promoción de la salud, para con ello contar con una fuerte infraestructura humana, la cual es fundamental para poder hacer frente a los retos sanitarios del siglo XXI.¹⁸

A propósito de la interacción con el personal sanitario que tienen las personas que padecen DM, «Tina» comenta lo siguiente:

Corrí con suerte porque me encontré con enfermeras las ocasiones en que estuve internada que me tomaban como prioridad y siempre me subían a piso, a pesar de que había personas que a lo mejor lo necesitaban mucho más.

Las experiencias positivas en cuanto a la interacción con el personal sanitario están relacionadas

con la empatía percibida por parte de quienes padecen DM y en función de haberse sentido atendidos y tomados en cuenta, lo cual les permite sentirse afortunados, dadas las consecuencias.

Sin embargo, puede apreciarse todo lo contrario en el discurso de «Facundo», quien comparte una experiencia con el equipo sanitario al haber acudido a consulta para resurtir sus medicamentos:

Mi última doctora me atendió y estuvo pegada al teléfono platicando con alguien, cuando a mí nada más me estaba recetando prácticamente durante la consulta. Y me sentí tan abandonado, tan... ¡No es ético! Y yo mismo no exigí más porque vi que estaba muy lejos de tener sentimientos humanos.

Me conformé más bien, con un trato administrativo que debería tener otra calidez y me conformé con que me autorizara mi medicamento y prácticamente me fui.

Irma: *Me sentía mal, además pasé muchas horas sin comer y fui al ISSSTE y pues estuve esperando un ratote y al final de cuentas, ni me atendieron. Y yo me decía: no quiero, pero me tengo que ir a la casa porque ya es tarde... no me siento bien, tengo mucho frío, me siento desesperada. Pero tuve que regresarme a la casa. Y pues ya llegando empecé a calentar la comida para darles de comer a todos, pero me entró así como que unas ganas de llorar... y mis hijos estaban así como de «¿qué?» y ni ellos ni mi esposo supieron.*

Existe un reclamo de los pacientes de un trato más humano y ético por parte de los profesionales de la salud, sobre todo cuando acuden a consulta o a surtir su receta de medicamentos, piden calidez y no el abandono que reciben con el llamado trato administrativo que regularmente reciben.

DISCUSIÓN

Las personas que padecen enfermedades crónicas, como la diabetes, presentan una marcada tendencia a comparar su estado de salud con el de otros miembros de su familia para establecer similitudes, diferencias o referencias con respecto a un padecimiento que se sabe hereditario en específico. «La

mayoría de los pacientes, al intentar explicarse a sí mismos la causa de su enfermedad, a menudo son impulsados por un esfuerzo por conectarla de una manera directa y específica a su historia personal y a su experiencia familiar con enfermedades y tratamiento». ¹⁹

Existe una preocupación bilateral que se genera entre el enfermo y los miembros de su familia, ya sea por el desajuste resultante derivado del descuido hacia otros miembros de la familia, el hecho de que algún otro miembro adquiera la misma enfermedad así como los pensamientos relacionados con la muerte acerca del qué será de la familia en caso de fallecimiento. «La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico, el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán». ²⁰ De acuerdo con Carbonell, citado por Oliva y Villa en 2013, «la familia es el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros». ²¹

Martínez reporta que la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento si refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente, debido a que éste obtiene un apoyo positivo en su salud. ²²

A su vez, Fernández encontró que es necesario negociar en familia los papeles que se asumirán en la nueva etapa de vida familiar, dado que existen dificultades de rigidez, presentándose serios problemas de adaptación en el manejo de crisis familiares, lo cual podría manifestarse a través de falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre miembros, coaliciones, etc. ²³

En cuanto a los aspectos laborales, según Salazar (2009), el trabajo abarca aspectos sociales como el compañerismo, los conflictos interpersonales, etc. Todo lo anterior desarrolla en el individuo aptitudes y actitudes muy particulares, a la vez que genera motivación, expectativas, etc., según sea el caso. ¹⁷

Las personas que padecen diabetes suelen ser discriminadas por su padecimiento en el área labo-

ral, lo cual se convierte en una limitante para poder sentirse productivos y sociabilizar adecuadamente.

Lo anterior podría alterar el proceso de adaptación de estos pacientes, según Martínez y Torres, quienes mencionan que no sólo la familia y la pareja, sino también los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuente importante de apoyo. A su vez especifican que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud de quienes la padecen. ²²

Los pacientes con diabetes se sienten aceptados socialmente en la medida en que saben controlar y ajustar sus actividades y hábitos, tal y como en el caso de la alimentación, esto es, ajustarse al tipo de comida disponible, pudiendo incluso modificar sus raciones y alimentos subsecuentes con la finalidad de sociabilizar sin distinción o limitaciones que marquen diferencias con respecto a los demás. Lo que Martínez, Moreno y Dover definen como capital social, lo cual se entiende como el aumento de las destrezas para mejorar las experiencias de cuidado de la enfermedad, permitiendo mostrar en el individuo el potencial que tiene para enfrentar cualquier situación social mediante el autocontrol con la finalidad de permitirse una inmersión en sus redes sociales sin descuidar su salud. ²⁴

A propósito de los aspectos socioculturales referentes al sistema de salud, siendo el personal sanitario un reflejo de ellos, Escudero, Preto y March reportan en sus hallazgos que las personas con diabetes esperan que los profesionales de salud sean empáticos y comprensivos y que no nada más se enfoquen en las pruebas diagnósticas y en los aspectos clínicos, sino que también atiendan los aspectos emocionales de la enfermedad. ²⁵

En cuanto a la atención primaria, quienes padecen diabetes piden que los profesionales conozcan a fondo la enfermedad y que brinden continuidad en los cuidados. Del mismo modo, mencionan que es necesaria una reducción de tiempo entre consultas así como una mayor accesibilidad en cuanto a cambios de clínica o tratamiento. Finalmente, piden una relación y comunicación fluida y positiva que favorezca las actitudes de cambio y comprensión. ¹⁹

Los pacientes con diabetes reclaman un trato más humano y ético por parte de los profesionales de la salud, sobre todo cuando acuden a surtir su receta de medicamentos, pues piden calidez y no el abandono que reciben con el llamado trato administrativo que les es proporcionado.

CONCLUSIONES

Los aspectos socioculturales son determinantes durante el proceso de diagnóstico, adaptación y aceptación de la diabetes,^{6,26} entre los que destacan la familia, el trabajo, el sistema de salud, etc., dada su influencia en el trayecto que el paciente toma al padecer esta enfermedad. Las personas que la padecen tienden desde un principio a establecer conexiones entre su estado de salud y el de los miembros de su familia.

A su vez, surge una preocupación bilateral entre el enfermo y su familia, la cual es generada por diversos factores como los cambios y ajustes en la dinámica doméstica.

En el área laboral existe discriminación en algunos casos, convirtiéndose esta enfermedad en un limitante para sentirse productivos y sociabilizar con sus colegas, alterando de alguna manera el proceso de adaptación, dado que los lugares de trabajo son también considerados fuentes importantes de apoyo debido a que son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud.¹⁷

En cuanto al sistema de salud, los pacientes piden un trato más humano por parte del personal sanitario; a su vez, el desarrollo del capital social²⁴ genera paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al convivir en sociedad y vivir con el padecimiento en cualquier ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ledón-Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012; 23 (1): 76-97.
2. Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: la mortalidad en la población derechohabiente, 2003. *Rev Med IMSS.* 2004; 42 (4): 353-364.
3. Treviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Cir.* 2004; 72 (1): 3-4.
4. INEGI. Censo de población y vivienda. Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabiente a servicios de salud y tipo de institución. Instituto Nacional de Geografía y Estadística; 2015.
5. World Health Organization. Fact files: 10 facts about diabetes. WHO; 2014.
6. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2012; 28 (2): 79-86.
7. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982; 4 (2): 167-182.
8. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología.* 2005; 1 (2): 125-137.
9. Blasco-Hernández T, Otero-García L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure Investigación.* 2008; 34. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia; 2006.
10. Penrod J. Getting funded: writing a successful qualitative small-project proposal. *Qual Health Res.* 2003; 13 (6): 821-832.
11. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2005. pp. 187-193.
12. Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida.* 2006; 47 (4): 517-529.
13. García M, Gaos J. Investigaciones lógicas de Edmund Husserl. Madrid: Alianza Editorial; 1985. p. 512.
14. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17 (3): 613-619.
15. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini-Filho A, Macklin R. Investigación en sujetos humanos: experiencia Internacional. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Serie Publicaciones; 1999. pp. 43-44.
16. Castillo-Espitia E, Vásquez-Truissi ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003; 3 (4): 164-167.
17. Salazar-Estrada JG, Guerrero-Pupo JC, Machado-Rodríguez YB, Cañedo-Andalía R. Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED.* 2009; 20 (4): 67-75.
18. World Health Organization. Temas de salud: Personal sanitario. WHO; 2014.
19. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. ¿Porque me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. *Soc Sci Med.* 1998; 46 (8): 959-969.
20. Tejada-Tayabas LM, Grimaldo-Moreno BE, Maldonado-Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Rev Salud Publica Nutr.* 2006; 7 (1).
21. Oliva-Gómez E, Villa-Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris.* 2014; 10 (1): 11-20.

22. Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*. 2007; 17 (2): 229-241.
23. Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*. 2004; 47 (6): 251-254.
24. Martínez-Herrera E, Moreno-Mattar O, Dover Robert VH. El significado del capital social "individual" en diabéticos receptores de cuidado en un contexto urbano colombiano. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31 (4): 837-849.
25. Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez M, Fernández-Fernández I, March-Cerdá JC. Expectations held by type 1 and 2 diabetes mellitus patients and their relatives: the importance of facilitating the health-care process. *Health Expect*. 2007; 10 (4): 337-349.
26. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 137-173.