

## EL APOYO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA: EL CASO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Ana Elisa Castro Sánchez

Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León

(Monterrey, N.L., México)

E-mail: aelisacs@yahoo.com.mx



### ***Introducción***

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónico-degenerativa asociada a la transformación de los estilos de vida, a la transición demográfica, epidemiológica y tecnológica de las sociedades (1-7), caracterizada por hiperglicemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido a la poca eficacia de la insulina en los tejidos, es decir, por deficiencia en la secreción o acción de esta hormona secretada por el páncreas (8,9,10,11)

La DM2 constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, pues éstos enfrentan la transición que va *del “rezago en salud”* (mortalidad por enfermedades infecciosas, enfermedades de la nutrición y de la reproducción) a *los “riesgos emergentes”* asociados a la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional (12,13,14). Para el 2025 el número de pacientes diabéticos aumentará 122% al pasar de 135 a 300 millones (15), sin embargo, cabe precisar que en los países desarrollados el aumento será del 40%: pasará de 51 a 72 millones de enfermos, mientras que en las economías pobres será de hasta un 170%: pasará de 84 a 228 millones de enfermos (16). En el caso de los países latinoamericanos se prevé que en promedio habrá un aumento de 160% (17). En el caso de México el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200%

y es en la región norte del país donde la frecuencia de la enfermedad es mayor. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 en la materia (18), para el 2000 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 30% de los individuos desconocía que la tenía; lo anterior significa que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. En cuanto a las estadísticas de mortalidad en México para el 2002 la diabetes se presenta como la principal causa de muerte entre las mujeres (14.6%) y la segunda (9.9%) entre los hombres (19).

También, es de destacar las repercusiones de DM sobre la calidad de vida (20). Diversos estudios han señalado que la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada en todas sus dimensiones. Aquí un aspecto particularmente importante es el número de años de vida saludable y la cantidad de horas de trabajo perdidas (21,22) a causa de las complicaciones que sufren los enfermos. De hecho, como se reconoce en el propio *Plan Nacional de Salud* (23) la diabetes mellitus es el mejor ejemplo de enfermedad emergente directa: es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización (24); además, genera individualmente una gran parte del peso de la enfermedad y de las discapacidades en el país.

Con el objetivo de lograr una reducción en los niveles de morbilidad y mortalidad asociados con DM2, tanto organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud) como nacionales (Secretaría de Salud), han insistido en la importancia de promover estilos de vida más saludables (actividad física y dieta equilibrada) y de mejorar la calidad de vida de los pacientes y en particular de aquellos que han sufrido complicaciones. Es en este interés que el apoyo social (AS) desempeña una importante función.

El AS ha sido reconocido en numerosos estudios debido a que produce un efecto protector en la salud; la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés (25;26;27). A través del AS se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales (28,29,30).

El apoyo social desempeña funciones (31,32) tales como proporcionar soporte emocional, ayuda instrumental (apoyo material, tangible o ayuda práctica) y apoyo informacional (dar consejo, orientación o guía). También cabe destacar que el AS es una función desempeñada por una red social.

En el caso del estudio del apoyo social en enfermedades crónicas se ha identificado que el interés de los investigadores se torna más bien hacia las personas que padecen enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer o el sida. En lo que respecta a estudios sobre apoyo social en México, Robles, et al (33) muestra que éstos se han circunscrito al apoyo social a mujeres embarazadas, existiendo un gran desconocimiento respecto a los enfermos crónicos. No obstante lo anterior, se encontraron principalmente los siguientes reportes de investigación: dos con enfoque cuantitativo: 1) el de Robles, et al, (34) referido a las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara y cuyos resultados mostraron que las características del enfermo son

diferentes en relación con la edad, el sexo y el parentesco de las fuentes de apoyo; y 2), el de Borges y Gómez (35) quienes se propusieron describir las características sociodemográficas y las determinantes de la utilización de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Luego bajo la perspectiva cualitativa destacan dos referencias: 1) Mercado, et al (36, 37) sobre la perspectiva de los sujetos enfermos, estudios realizados según el enfoque de la experiencia del padecimiento, los cuales proponen incorporar el punto de vista de los sujetos sociales y de la subjetividad en el campo de la salud; y 2), Alcántara, et al (38), estudio multicéntrico realizado en tres ciudades de México cuyos resultados muestran las diferentes percepciones de los pacientes sobre los servicios médicos que reciben según la participación de éstos en grupos de autoayuda y en actividades de educación para la salud.

No obstante la importancia de los trabajos referidos previamente, estos se realizaron en su mayoría en el contexto de la región centro y occidente y específicamente con población de barrios urbanos populares marginados. En México, poco se sabe o se desconoce, sobre la situación de los enfermos crónicos (39,40,41) y específicamente de los diabéticos que habitan en la región norte.

Así, uno de los propósitos que guiaron el presente estudio cualitativo fue el de identificar el significado, las fuentes, la estructura y las formas del apoyo social en torno al paciente diabético. Ello con la finalidad de aportar un conocimiento susceptible de aplicarse a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones. En este estudio se buscó comprender la forma en que los propios pacientes perciben, construyen, reorientan, viven y enfrentan su padecimiento en la convivencia cotidiana y en sus diversos entornos sociales y personales. Es un conocimiento basado en la comprensión de la vivencia y el afrontamiento diario que realizan los pacientes en su larga trayectoria con la enfermedad crónica.

## ***Metodología***

### **El lugar**

El estudio se llevó a cabo en dos áreas geográficas de Nuevo León: la zona metropolitana de Monterrey (ZMM) y un área rural del sur del Estado. En Nuevo León, Estado industrializado donde un poco más del 80% de su población vive en zona urbana, se diagnostica un nuevo paciente con diabetes cada hora (42, 43). Tan sólo la Secretaría Estatal de Salud ha reportado para el 2004 una incidencia de 4,340 casos, llegando a una prevalencia de 12,483 de los cuales 52.64 por ciento corresponden a la Zona Metropolitana de Monterrey y 16.07 por ciento al sur del Estado.

### **El estudio**

El estudio se realizó bajo el enfoque de la sociología de la experiencia de la enfermedad crónica. Fue cualitativo, estudio de caso, con niveles de análisis descriptivo e interpretativo. El concepto central utilizado fue el de *experiencia del padecimiento* (44) y en particular se exploró la dimensión referente a las formas de enfrentar el padecimiento.

## **La muestra**

En el transcurso de los meses de mayo a noviembre de 2005 se procedió a la búsqueda de informantes que de manera voluntaria aceptaran participar en el estudio. Se aplicó primeramente la técnica “bola de nieve” para identificar informantes en población abierta de la Zona Metropolitana de Monterrey. Además, se recurrió a tres instituciones públicas de salud que tienen formados grupos de pacientes diabéticos y en este caso se realizaron invitaciones formales para lograr la participación. En el caso de los pacientes que habitan en el sur del Estado, se solicitó el apoyo de un Hospital General de Zona y de un Centro de Salud. Los criterios para integrar la muestra fueron los siguientes: Diabéticos tipo 2; Hombres y mujeres; De diferente estrato social: bajo, medio y alto; De área urbana (zona metropolitana de Monterrey) y de área rural (sur de Nuevo León).

Así, se logró contactar a 40 pacientes diabéticos, de éstos finalmente sólo treinta y cuatro aceptaron participar: 17 mujeres y 17 hombres, de los cuales, 23 habitaban en zona urbana (Zona Metropolitana de Monterrey) y 11 en zona rural (sur de Nuevo León).

## **Las entrevistas**

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y fueron íntegramente grabadas en audio. La mayoría de los encuentros se realizaron en los domicilios de los y las informantes, en la fecha y hora que eligieron. Se obtuvieron aproximadamente 70 horas de grabación. Cabe señalar que para transcribir cada hora de grabación se requirió de cuatro horas de trabajo, resultando así un tiempo aproximado de 280 horas tan sólo para transcripción.

## **El análisis de los datos**

Mientras que en el plano teórico utilizamos el enfoque de la experiencia de la enfermedad crónica (45), en el plano metodológico para analizar los datos nos apoyamos en el método de la comparación constante y el muestreo teórico inspirados en la teoría fundamentada. Se trata de coleccionar, codificar y analizar los datos simultáneamente para identificar temas y desarrollar conceptos; se realiza un contraste permanente de categorías, propiedades e hipótesis emergentes a todo lo largo del proceso de investigación. En la organización y manejo de datos se utilizó como herramienta el programa Atlas-ti.

## ***Resultados***

Se desarrollaron las siguientes categorías analíticas: a) Formas de apoyo social (apoyo familiar; apoyo social; apoyo institucional y apoyo religioso – espiritual); b) Grupos espontáneos de apoyo social; c) Grupos institucionalizados de apoyo social. Y se identificaron los conceptos: a) Acomodación del apoyo social y b) Cercanía con el padecimiento.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Las edades de ellas oscilaban de 45 a 70 años, seis tenían alguna ocupación, ocho se dedicaban al hogar o estaban desempleadas y tres eran jubiladas. De todas ellas sólo cinco se habían dedicado toda su vida exclusivamente a labores del hogar; una era empleada; dos eran empleadas domésticas; dos habían sido enfermeras; una administradora; una técnica radióloga; una se desempeñaba como promotora voluntaria y cuatro eran o habían sido comerciantes. En cuanto a la escolaridad, diez habían estudiado hasta primaria o menos, tres nivel técnico, tres preparatoria y sólo una había alcanzado el nivel de licenciatura. En lo que concierne al estado civil, 14 eran casadas y tres divorciadas y habían tenido en promedio tres hijos. La ocupación de sus cónyuges es muy variada predominando los que se dedicaban a la albañilería (cuatro) y obreros (cinco), profesor universitario (dos), comerciante (dos), mecánico (uno), policía (uno), empleado de oficina (uno) y campesino (uno). Las informantes llevaban en promedio 10.5 años de vivir con diabetes.

La edad de los informantes diabéticos masculinos variaba entre 41 y 78 años; cuatro se encontraban desempleados, diez gozaban de jubilación y tres se encontraban realizando alguna ocupación. Las ocupaciones que habían desempeñado la mayor parte de su vida son muy variadas (Ver Tabla 1) predominando la de obrero, comerciante y albañil.

**Tabla 1: Ocupación de los informantes**

<i><b>Ocupación</b></i>	<i><b>Número de informantes que la desempeñaban</b></i>
Obrero	5
Comerciante	2
Albañil	2
Jornalero migrante temporal	2
Mecánico industrial	1
Arquitecto	1
Mesero	1
Electricista	1
Campesino	1
Cocinero	1
<b>Total</b>	<b>17</b>

El nivel de escolaridad predominante es el de primaria (diez), seguido por tres sin estudios, dos con secundaria, uno con licenciatura incompleta y uno con maestría. Quince de ellos eran casados, uno era viudo y uno era soltero y tuvieron cinco hijos en promedio. En cuanto a la ocupación de sus esposas, todas ellas se dedicaban o se habían dedicado a labores del hogar, además de lo anterior sólo cuatro de ellas habían desempeñado o desempeñaban actividades remuneradas: comerciante (dos), empleada (dos). Los informantes masculinos llevaban en promedio 12

años de vivir con diabetes.

Por su parte, los padres y madres de las y de los informantes, tenían como escolaridad máxima el nivel primaria, sin embargo cabe destacar que en el perfil de las madres predomina el analfabetismo ya que 15 de 17 eran analfabetas y sólo dos habían estudiado algún grado de primaria; mientras que en el caso de los padres sólo siete de 17 no sabían leer ni escribir.

**LAS FORMAS DE APOYO SOCIAL IDENTIFICADAS**

A través del análisis de los datos se logró identificar cuatro formas de apoyo social que reciben las personas diabéticas: el apoyo familiar, el apoyo social, el apoyo institucional y el apoyo religioso o espiritual.

**El apoyo familiar**

Esta forma de apoyo es la que ofrecen las hijas e hijos, los esposos/esposas, los hermanos y hermanas y otros familiares al paciente diabético.

Los hijos y las hijas

Las hijas ofrecen una variedad más amplia de servicios o apoyos que los hijos varones (Ver Tabla 2). Una diferencia sustancial entre el apoyo de unas y de los otros es que las hijas se centran en proporcionar más bien apoyo moral y apoyo en relación a labores domésticas y de apego al tratamiento, predominando la preparación de alimentos y la aplicación de insulina o la toma de medicamentos. También, son las hijas quienes casi exclusivamente se ocupan del paciente en fase terminal, por ejemplo cuando han quedado ciegos o cuando necesitan diálisis.

Los hijos por su parte, en la mayoría de los casos e independientemente del nivel socioeconómico, proporcionan apoyo económico. Sin embargo los de estrato medio alto y alto y de mayor escolaridad tienden, además, a proporcionarles información sobre la enfermedad, datos que obtienen principalmente por medios electrónicos. En general, tanto las hijas como los hijos vigilan la fuerza de voluntad de la mamá o del papá para cuidar su dieta, muchas veces les hacen compañía y los visitan en el hospital cuando tienen recaídas.

**Tabla 2: El apoyo que proporcionan los hijos y las hijas a sus progenitores diabéticos**

<i><b>Apoyo de los hijos</b></i>	<i><b>Apoyo de las hijas</b></i>	<i><b>De ambos</b></i>
Les dan dinero.	Les recuerdan (o se los dan) la toma de medicamentos.	Vigilan la fuerza de voluntad del paciente para seguir la dieta.

Les preguntan sobre cómo se sienten.	Aplican la insulina.	Les hacen compañía.
Buscan información sobre la enfermedad.	Les preparan los alimentos.	Los visitan en el hospital cuando recaen o tienen crisis.
	Los-las acompañan a hacerse análisis de laboratorio y a las consultas.	
	Ayudan en las labores de la casa, principalmente en la limpieza.	
	Apoyo moral.	
	Llevan al paciente a vivir con ellas cuando está en etapa terminal.	
	Les procuran alimentos o productos Light.	
	Las acompañan a caminar.	

#### Los esposos y las esposas

Encontramos que en general las esposas de los pacientes diabéticos (sean o no diabéticas) *se apropián* de la enfermedad del esposo y se responsabilizan de que él siga el tratamiento y la dieta prescrita, son muy solidarias, muestran una gran preocupación por el estado de salud del cónyuge y les otorgan un apoyo incondicional, incluso en algunos casos de sobreprotección (Ver Tabla 3):

“Yo siempre he estado con él, siempre he estado aquí, que no se desmorone, que todos para adelante, sea lo que sea” (P04).

“Si no lo dejé antes, menos ahora; yo siento que él me necesita, él no cuenta con nadie de su familia” (P05).

“Me apoya y me sigue apoyando” (P08).

“Ella se solidarizó y hasta ella está siendo beneficiada porque algunas articulaciones ya no le duelen. Ella se metió también a tratarse el sobrepeso y me apoya con la comida” (P07).

“Sí, porque yo vi que mi mujer se preocupaba bastante por toda la cuestión de la diabetes. Ella me mide en todo” (P13).

“Me dice: “eso te hace daño, pero una probadita nomás para que no te quedes con la tentación, así me dice. Cuando ve que ando caminando así, me llama: “siéntate, acuéstate un ratito porque se te ve cansado”. Venimos aquí a la

plaza a dar vueltas y en la tercer vuelta me dice: “siéntate aquí y espérame, yo voy a dar otra vuelta” (risas). Me cuida, pero a veces me cuida de más” (P19).

“Cuando pasó el problema (...) no quería ni que saliera a comprar el periódico: “no vieja, necesito caminar, aquí me muero” (P18).

En lo que concierne a los esposos de las mujeres diabéticas ellos tienden mayormente a *preguntarles* sobre cómo se sienten o a vigilar/fiscalizar que no coman ciertos alimentos como los dulces (Ver Tabla 3). Los de mayor escolaridad y mejor nivel socioeconómico muestran mayor apertura para aprender o informarse sobre la enfermedad que aqueja a la cónyuge (asistir a pláticas educativas, conferencias, cursos, leer) e incluso cocinan para ellas platillos recomendados por la nutrióloga:

“Se preocupó, como quiera sí me dice: “no comas esto y los dulces” y compra algunos dulces él y los esconde no me los pone ahí, me dice: “tú no puedes comer esto” (P17).

“Sí me apoya, me dice: “¿ya te hiciste el examen?” y esto y lo otro” (P18).

“Cuando estoy en cama que no me puedo levantar él me hace de desayunar: la avena, el té” (P16).

“Él sabe del medicamento que me están dando, si él no puede me manda a media tarde con mis hijos un plato con fruta porque ese plato de fruta me sirve a nivelar la sangre que me recomendó la nutrióloga, él mismo lo prepara y procura que no falte” (P02).

Es necesario subrayar que para el caso de los cónyuges de las mujeres diabéticas en el análisis de los datos aparece la categoría del “no apoyo” (Ver Tabla 3), es decir, el esposo de la mujer diabética no siempre está dispuesto a comprenderla y apoyarla llegando incluso a culparla de su enfermedad y por el incumplimiento de las labores domésticas convirtiéndose en un factor de estrés adicional para la paciente:

“Mi esposo me dice: “no te cuidas, friégate”, y él no se interesa por mí” (P11).

“Cuando ves cierta frialdad, nunca se ocupa de cómo estás, qué te dijeron, te hace sentir que realmente no eres importante. Esto sí deprime un poco. Mi esposo no me apoya mucho en eso, y me siento frustrada...dice que soy una inútil, se enoja mucho y discutimos” (P14).

**Tabla 3: El apoyo que proporcionan las esposas y los esposos a sus cónyuges diabéticos**

<i>Apoyo de la esposa</i>	<i>Apoyo del esposo</i>	<i>El “no apoyo” del esposo</i>



Se responsabiliza de la dieta y tratamiento de él. Lo sobreprotege.	Les hacen compañía, les demuestran afecto.	Niega cualquier apoyo.
Siempre lo apoya, nunca lo abandona pase lo que pase.	Se informan sobre la enfermedad y cocinan para ellas (los de nivel socioeconómico alto y con más escolaridad).	Manifiesta enojo contra la paciente.
Se solidariza con él haciendo la misma dieta.	Vigilan que no coman dulces.	La culpa de su enfermedad.
Los llevan/acompañan a pláticas o conferencias.	Les preguntan sobre su estado de salud.	Le reclama el incumplimiento de las labores domésticas.
Se preocupan bastante.		

Por otro lado, el apoyo que proporcionan las hermanas y los hermanos de los y las pacientes diabéticos consiste básicamente en preguntarles sobre su estado de salud, aconsejarles que se cuiden y algunas veces prestarles dinero; las hermanas apoyarían eventualmente en la realización de labores domésticas. En el caso de otros familiares como sobrinos y nietos, ellos proporcionan sobretodo afectos y consejos, este apoyo resulta particularmente importante para aquellas pacientes que no tuvieron hijos y donde el esposo se ubica en la categoría del “no apoyo”, así como para los de edad más avanzada.

### El apoyo social

Se refiere al apoyo que proporcionan los grupos de amigos, grupos de convivencia, vecinos o conocidos del paciente diabético. Encontramos que la forma más frecuente de apoyo social entre diabéticos es hacerse recomendaciones sobre recetas caseras y remedios para curar la enfermedad. Constantemente se encuentran probando distintos remedios recomendados por algún conocido (diabético o no):

“Todo lo que nos dicen que es bueno pa'l azúcar: “esta medicina no le falla”, “pues dámela” y deja uno la otra y luego encuentra otra y no “mira que yo estoy tomando “esto” y ando muy bien”, así es, es lo que hacemos” (P16).

“Entre nosotros sacamos, que “esta hierbita es buena”... (P18).

INV: ¿Toman el nopal?: P: “¡Noo digo!, que en ayunas y qu'esto y qu'el otro y uno lo hace” (P19).

“Fue cuando empezó otra vez, fue cuando la muchacha me dijo que si era diabético...Y entonces me dijo: “¿se quiere aliviar?”, “pues claro” le dije “pues ¿quién no quiere aliviarse?”. Me dijo: “le voy a dar una receta...” (P20).

Los amigos y vecinos de las personas diabéticas les proporcionan principalmente consejos, conversan con ellos, les

dicen que se cuiden y les recomiendan remedios caseros o hierbas que curan la diabetes.

## **El apoyo institucional**

Esta forma de apoyo se refiere a los servicios y apoyos que proporcionan los profesionales del área médica así como el apoyo que otorgan diversas instituciones de asistencia social.

El recurso a las instituciones de asistencia social deja ver la enorme desprotección en la que se encuentran los diabéticos de escasos recursos, pues entran en un círculo vicioso donde la enfermedad no les permite trabajar y seguir el tratamiento médico y la prescripción del nutriólogo. Los diabéticos y diabéticas que viven en pobreza o pobreza extrema en área urbana recurren a estos servicios cuando se encuentran en situaciones desesperadas pues no tienen apoyo económico alguno ni acceso a la seguridad social:

“A llevar el tratamiento como debe ser es hasta hace tres años para acá nos vimos en la necesidad de pedir apoyo y ahí es donde no hemos batallado con medicamentos. Igual con la dieta porque ya no gastamos tanto en medicamento y podemos hacer un poco más la dieta y anteriormente no: si comprábamos medicamentos no podíamos hacer la dieta, si hacíamos la dieta no podíamos comprar los medicamentos. Nos apoyan en Cáritas y en Bienestar Social; en el DIF nos apoyan con vales, con medicamentos, con estudios. Por cuestión económica.” (P04).

La cita anterior muestra el dilema del diabético pobre sin seguridad social y sin familiares que puedan proporcionarle ayuda económica o en especie: el enfermo o come o compra los medicamentos, circunstancia que los entrapa en un círculo difícil de romper. Lo anterior pareciera que es más agudo en las zonas urbanas populares ya que en el área rural los Centros de Salud proporcionan gratuitamente los medicamentos, además de que la mayoría se ha inscrito en el Seguro Popular.

## **El apoyo religioso o espiritual**

La cuarta forma de apoyo identificada se refiere al hecho de recurrir a la oración, a la fe, a la reflexión o asistir a un templo o congregación religiosa para reconfortarse moral y espiritualmente. Independientemente del nivel socioeconómico pero con tendencia más marcada en las mujeres diabéticas, la gracia o poder de Dios estaría por encima de cualquier otra creencia o posibilidad para curar o enfrentar la enfermedad, incluso para explicar su aparición. Encontrar y conservar la tranquilidad espiritual sería una de las cuestiones fundamentales para vivir con una enfermedad como la diabetes:

“Lo más importante es la salud mental y espiritual. También creemos mucho en Dios y en que él nos cuide” (P02).

“La iglesia nos ha ayudado mucho, tanto en la salud como en todo. Ahora que empezamos a ir a la iglesia, han orado mucho los hermanos. Yo le pido mucho a Dios” (P04).

“La terapia, la terapia de Dios y pensar: “Dios me mandó esto”, hay que seguir adelante” (P06).

“A veces leo, libros sobre religión, me informo, sobre la templanza. Temperanza es una virtud de las muchas que tuvo Cristo, que regula los excesos de tomar y beber en exceso, de todo. La fuerza espiritual nos ayuda mucho... nos da mucha fortaleza, mucha fuerza espiritual; dice uno: “lo tengo que lograr, lo tengo que hacer” (P06).

En suma, la ayuda religiosa aparece como uno de los apoyos individuales y colectivos fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad crónica.

Además de las anteriores aparece un tipo de ayuda muy importante mencionado por los varones, se trata de los grupos de apoyo social espontáneos.

## **LOS GRUPOS ESPONTÁNEOS DE APOYO SOCIAL**

Estos grupos son una variante del apoyo social tal como lo abordamos más arriba y constituyen una forma de autoayuda espontánea e informal en la cual participan principalmente los hombres diabéticos y los cuales son en su mayoría jubilados (Ver Tabla 5). Se trata de reuniones en lugares públicos, parques o plazas a donde ellos concurren a cierta hora del día, generalmente por las tardes, para platicar, relajarse y olvidar la enfermedad. El grupo espontáneo tiene un funcionamiento particular, reglas implícitas y beneficios claramente identificados, no hay un líder ni una convocatoria formal, es abierto y flexible (nadie controla el ingreso, egreso o asistencias), nadie convoca pero todos los que están en posibilidades de trasladarse asisten y llegan caminando.

Las reglas implícitas son: no mencionar la palabra “diabetes”; no hablar de medicinas ni de remedios (porque se ponen tensos, porque les desagrada); no preguntar si se está enfermo, esto independientemente de la apariencia del compañero; darse ánimos; no hacer preguntas relacionadas con la enfermedad o con enfermos:

“P19: Aunque sabemos que somos diabéticos, no decimos [P20: síi, no decimos, no mencionamos] para no (...).

P21: Para no crecer más el compromiso de que estás enfermo...

INV: ¿no hablan de las enfermedades?:

P19: No, se procura no hablar de eso.

P21: ni se acuerda uno de esa palabra “diabetes”.

INV: ¿Qué harían entonces, que recomendarían ustedes?:

P19: psicológicamente es mejor no hablar de eso.

P21: sí, porque se agranda más la plática en ese sistema, sigue y sigue y no tiene fin. O si no, si estás tomando alguna medicina: “oye ¿qué medicina estás tomando?” porque ya alguien dijo que estaba diabético, y “¿nunca has tomado “esto”?”, y “no” “pues dicen que sale buena, si tienes haz la prueba”.

P20: pero a veces se distorsiona lo que está uno platicando muy amenamente con una persona, y en lugar de estar en el convivio te pone un poquito tenso y ya no.

P19MU: si yo tengo un compañero que tengo cierto tiempo de no verlo y lo veo mal, ¡aah carambas!! y pienso: “estaba muy bien y ahora está muy decaído” pero no se lo digo, porque si se lo digo es peor. A mí no me gusta decirle a un compañero: “te veo mal, ¿estás enfermo, qué te pasa?”.

P18: ¡es una puñalada!!

P20: Fíjate que una vez le dije a una persona: “¿oye estás muy malito, qué te pasa?”, me contestó: “qué gano con decirte, si te digo ¿crees que me voy a aliviar?”, jamás le volví a preguntar a nadie “¿cómo te sientes”, no me vayan a contestar igual (todos ríen).

P18: a mucha gente no le gusta eso, que le preguntes.

En lo que se refiere a los beneficios, estos grupos espontáneos favorecen sobretudo la salud mental: platican, se relajan, se sienten bien, son tratados como personas no enfermas o sanas:

P18: lo que ayuda mucho, como lo mencionaba, es si tienes oportunidad de irte a la Alameda ¡pues vete a la Alameda!!, hay muy buena sombra y te encuentras a muchos amigos y ya empiezas a platicar y se te olvida, se te olvida aquello que estás mal.

P19: me voy a la Alameda y me encuentro muchas amistades allí, conocidos, y platica su historia cada quien y viera qué bien se la pasa uno el mediodía, llega uno muy bien a su casa.

Como puede inferirse de lo anterior, los beneficios no sólo impactan el ánimo sino también la salud física pues los participantes acostumbran llegar caminando y retirarse de la misma forma. Visto así, estos grupos espontáneos cumplen tanto funciones de apoyo a la salud mental como de entrenamiento físico.

Otra característica del grupo espontáneo es el tipo particular de localización física del lugar de reunión. Aunque existe un punto principal de encuentro, se trata más bien de un circuito abierto con distintos puntos intermedios que los varones diabéticos recorren a pie. Y en el transcurso del recorrido suelen detenerse para saludar, conversar o recuperar la energía si esta les falta para llegar al punto principal de encuentro o bien para estar de regreso en el

domicilio familiar:

P18: Luego, ya te vienes, vienes en el camino, caminando hasta el mercado Juárez y ahí te encuentras uno en una esquina y otro en otra y ya te pones a platicar otro rato y ya pa' cuando llegas a la casa llegas bien relajado.

P19: Cuando empecé a caminar, nomás unas 4 ó 5 cuabras, al empezar, allí me tengo que sentar porque siento el dolorcito y me siento a descansar y luego le sigo, me voy de aquí de Félix U. Gómez hasta Bernardo Reyes a pie y ya no me duele nada, nada más al principio unas tres o cuatro cuabras.

P20MU: cuando me canso busco dónde detenerme y aspiro y aspiro y camino ya pero lento. [P18MU: yo voy y vengo] ya sé que no puedo caminar a prisa.

En lo que concierne al apoyo del grupo espontáneo en medio rural, tienen una presencia más evidente o marcada pues éstos pueden ser identificados como el grupo de “hombres” o de señores de cierta edad que se reúnen por las tardes en la plaza del pueblo o localidad. En estas reuniones es difícil observar mujeres, pues cuando ellas salen expresamente a caminar, lo hacen por las mañanas y siempre acompañadas de una de las hijas.

## **LOS GRUPOS INSTITUCIONALIZADOS DE APOYO SOCIAL**

Los grupos institucionalizados de apoyo se presentan como uno de los servicios o actividades dirigidas a las personas con diabetes por iniciativa de las instituciones de salud y tienen por objetivo mejorar la calidad de vida de las y los pacientes. El punto de encuentro o lugar de reunión es una sala de la clínica u hospital a la cual se está adscrito y se cuenta con una organización de fechas y horarios así como del personal de salud que los atiende o que coordina las sesiones. Aún cuando este servicio está dirigido por igual a hombres y a mujeres, en su mayoría, los usuarios de este servicio son las mujeres diabéticas, constituyendo el 90 por ciento o más de las asistentes.

Se identificaron tres modalidades de grupo institucionalizado (Ver Tabla 5), en todos los casos se trata de grupos terapéuticos motivados (46), que desarrollan actividades con fines preventivos y educativos. En el caso 1, los y las pacientes son invitados a asistir voluntariamente a charlas conferencias de 30 minutos aproximadamente de duración (semanales, quincenales o mensuales) y en las cuales el personal de salud (de medicina, de nutrición, de educación en diabetes, de enfermería y/o de trabajo social) proporciona información sobre diversos aspectos de la diabetes. También asisten quienes se encuentran en la sala de espera para pasar a consulta.

En el caso 2, existe un día de la semana destinado al grupo de diabéticos. Las y los pacientes deben registrarse desde muy temprano por la mañana (6 am), proporcionar una muestra de sangre para medir su nivel de glucosa y escuchar la plática o charla informativa sobre diabetes. Estas actividades son obligatorias y requisito para pasar a la consulta en donde les atiende un médico internista o un endocrinólogo.

Para el caso 3, existen algunas diferencias importantes respecto a los dos primeros: la clínica o punto de reunión se encuentra en la comunidad o entorno cercano al cual pertenece el paciente, la asistencia es libre o voluntaria y está programada en un día fijo de la semana (de 9 a 11 am). Proporcionan una muestra de sangre para control de glicemia y reciben una plática informativa por uno o más miembros del equipo de salud. Otra cuestión relevante es que los miembros del grupo se conocen, conviven y comparten entre sí por habitar en la misma comunidad. Y la relación con el personal de salud es más cercana, por ejemplo, conocen a cada uno de ellos/ellas y los llaman por su nombre e incluso notan la ausencia de los pacientes cuando estos no asisten a la reunión.

**Cuadro 5: Características del grupo espontáneo y del grupo institucionalizado**

<b>Características</b>	<b>Grupo espontáneo</b>	<b>Grupo institucionalizado</b>		
		<b>Tipo 1</b>	<b>Tipo 2</b>	<b>Tipo 3</b>
<i>Participación / asistencia</i>	Voluntaria	Voluntaria	Obligatoria	Voluntaria
<i>No. de miembros</i>	Variable, no más de 15.	30 - 40	40 -50	20 -25
<i>Control de asistencias, ingresos / egresos</i>	Ninguno	La institución de salud.	La institución de salud.	La institución de salud.
<i>Lugar de reunión o punto de encuentro</i>	Lugares públicos al aire libre: parques, plazas, mercados. Varios puntos de encuentro en un circuito.	La clínica de diabetes e hipertensión.	La sala de medicina interna de un hospital.	Clínica comunitaria.
<i>Usuarios del servicio</i>	Los hombres diabéticos, principalmente los que están jubilados.	Mayormente las esposas de trabajadores con derecho a servicios médicos.	Hombres y mujeres sin seguridad social.	Mayormente mujeres diabéticas sin seguridad social.

<i>Coordinación / organización del grupo</i>	Ninguna	Trabajo social	Medicina interna, endocrinología, educación en diabetes.	Nutrición, medicina interna, trabajo social.
<i>Servicios / beneficios que ofrece</i>	De salud mental y de entrenamiento físico.	Información con fines preventivos.	Información con fines preventivos.	Información con fines preventivos. Convivencia, motivación.
<i>Iniciativa</i>	Las propias personas que viven el padecimiento.	La institución, equipo de salud.	La institución, equipo de salud.	La institución, equipo de salud.
<i>Vínculos entre los miembros del grupo</i>	Amistad, empatía.	En general se mantiene el anonimato.	No se conocen entre sí.	Amistad. Muchos de ellos se conocen porque viven en la misma comunidad.
<i>Vínculo entre el grupo y el equipo de salud</i>	No hay equipo de salud.	Ninguno. Se procura la distancia profesional. Se llega a tener un poco más de cercanía con el personal de trabajo social.	Distante. Vínculo estrictamente profesional entre el paciente y el personal.	Cercano. Cierta familiaridad.

<i>Reglas o normatividad</i>	<p>Aspecto innecesario. Ningún reglamento explícito. Reglas implícitas ampliamente compartidas y aceptadas. Consenso implícito.</p>	<p>Ninguna en particular, sólo la normatividad de la propia institución de salud.</p>	<p>Está establecida la asistencia en cierto día y hora para escuchar una plática informativa, así como someterse a un monitoreo de glucosa previo a la cita médica.</p>	<p>Ninguna en particular, sólo la normatividad de la propia institución de salud.</p>
------------------------------	---	---	---	---

## ACOMODACIÓN DEL APOYO SOCIAL

La irrupción de la enfermedad crónica en la familia conlleva un proceso permanente de reacomodo de la estructura del apoyo social (individual, conyugal, comunitario, social). Se trata de las adaptaciones que deben realizarse para acoger a la persona enferma. Son transformaciones graduales tanto a nivel práctico (como procurar ciertos productos o materiales necesarios para el control o monitoreo de la enfermedad) como a nivel relacional, cognitivo y afectivo (vínculos con las personas del entorno cercano familiar y comunitario). Unos y otros se adaptan, tienen conflictos, aprenden y comparten teniendo como referencia las necesidades particulares de cuidado o ayuda que necesita la persona que vive el padecimiento. Dicho de otra forma, se entra en un proceso de reaprendizaje y de reorganización en torno a la enfermedad crónica y en la cual las mujeres son las que viven más cercanamente el padecimiento. Por ejemplo, tanto la familia como las personas del entorno deberán apoyar la dieta y respetar las cantidades y el tipo de alimentos que debe consumir el paciente:

“No he perdido amistades pero sí como que: “¡qué sangrona!, ¿no quieres engordar o qué?, les digo: “lo que pasa es que no es mi estética sino mi enfermedad”. Al principio sí, cada vez que íbamos a almorzar me decían que tu “platito” y tu “platito” y ahora no, ya saben que en ese me sirvo, ya lo aceptaron, como quiera ya ahorita es menos” (P17).

Considerando lo anterior, podemos afirmar que el apoyo social no es estático ni único. El apoyo social en la enfermedad crónica se modifica y se intensifica de generación en generación en las familias y en las comunidades de acuerdo a la cercanía con el enfermo.

Por otro lado, además de transformarse en el tiempo, el apoyo social es conflictivo. Nos referimos aquí a los conflictos y contradicciones que surgen al dar o recibir algún tipo de apoyo:

1) Enojo frente a la responsabilidad presente o futura de proporcionar cuidados:



“Se enojan conmigo, me dicen que me cuide para que les dure más, me reclaman que van a batallar conmigo” (P11).

## 2) Sentimientos encontrados, tríada: amor, sacrificio y enojo:

“La quería disfrutar, la quería tanto que no me importaba el sacrificio que yo tuviera que hacer por ella; pero era hasta cierto grado cansado y a veces molesto porque a veces yo me sentía mal y no estaba al cien para atenderla y me sentía molesta” (P12).

“Y los últimos días de mucha gravedad, que me tenía que dormir con ella a su lado y de repente me decía: “quiero ir al baño” y me levantaba con desgano y me daba mucho coraje porque tenía que atender eso y sí se me hacía molesto” (P02).

## 3) Necesidad de apoyo vs. necesidad de independencia:

“Sí están al pendiente de mí, pero yo soy muy independiente” (P06).

“Cuando pasó el problema no quería ni que saliera a comprar el periódico: “no vieja, necesito caminar, aquí me muero” (P18).

De las citas anteriores se desprende primeramente, que pueden existir fuertes conflictos y paradojas tanto al dar como al recibir apoyo; y segundo, que el apoyo no debe contraponerse a la independencia ni a la libertad de movimiento del paciente. Existe pues, una definición del apoyo que ellos y ellas desean recibir/dar de los otros en su entorno, se trata del apoyo deseado. El apoyo deseado se refiere a lo que es primordial para la persona, es lo que *siente* que necesita y que lo conforta. En este sentido, los y las entrevistadas expresaron cuál ha sido *la ayuda más importante* que reciben o han recibido, esto es, la respuesta a la pregunta: ¿qué es lo que más le ha ayudado a vivir con su enfermedad? (Ver Tabla 4).

**Tabla 4. La ayuda más importante que reciben las y los pacientes diabéticos**

<b><i>La ayuda más importante</i></b>	<b><i>Cita</i></b>
El amor y comprensión del esposo-a y de los hijos-as	“Me apoya mucho, me quiere mucho. Yo siento que por eso he podido superar todas estas pruebas de la vida, por el amor que nos tenemos” (P02).

La tolerancia de la familia	“El medio donde me desenvuelvo, mi familia, que no me hacen pasar corajes, la que se enoja soy yo, y ellos o me tiran de a lucas o me tienen paciencia, en mi trabajo era igual...Me han hecho mi vida llevadera, será porque me entienden o será porque me dejan que haga lo que yo quiera” (P07).
Dios, la religión	“La iglesia nos ha ayudado mucho” (P04).“La fuerza espiritual nos ayuda mucho no nada más en las enfermedades...” (P06).“Estaba muy preocupada, pensaba: “no voy a amanecer”, pero Dios me hizo el milagro de volverme a recuperar” (P09).
El ejercicio de la sexualidad	“Salir con personas del sexo opuesto, tener un compañero. Yo pienso que es un aliciente para todo. Pienso que la vida de nosotros de más de sesenta años, en mi manera de ver, no es cuidar niños, yo no lo veo así” (P15).
La asistencia social (específicamente para los pacientes que viven en condiciones de pobreza y desempleo).	“El medicamento...a mí lo que más se me dificulta es que no tengo seguro social, es lo que más...En Cáritas me están ayudando con una despensita mensual.” (P17).

## CERCANÍA CON EL PADECIMIENTO

La *cercanía con el padecimiento*. Este concepto que emerge de los datos tiene dos dimensiones fundamentales. Una es aquella que tiene que ver con los cuidados del cuerpo del enfermo, del “*otro*”, de aquel/aquella que vive el padecimiento, por ejemplo: aplicar y/o dar medicamentos; preparar y/o dar alimentos; procurar y/o cuidar del aseo personal: el baño diario, el masaje, la ropa limpia, etc. La segunda dimensión se refiere a la construcción de vínculos y/o contactos físicos y emocionales con el paciente: se establece una empatía profunda con aquel que vive el padecimiento, sienten y sufren con él/ella, los toman de la mano, los abrazan, los acompañan, los escuchan, esto hace que independientemente del parentesco, muchas veces el cuidador o cuidadora se conviertan en “familiares” de la persona enferma.

En general, mientras que el cuidador-a femenina se mantiene en *cercanía con el padecimiento*, los cuidadores-as masculinos, se mueven en la esfera del *proveedor económico para la salud* familiar. Esto significa, por un lado, proporcionar el dinero o recursos que se requieren para la compra de insumos o servicios de salud, y/o dar cobertura de seguridad social en tanto que padres, esposos o hijos-as que trabajan en la esfera formal de la economía, en donde el “proveedor-a” mantiene una distancia tanto física como emocional con el enfermo.

Por otro lado, la *cercanía con el padecimiento*, a nivel social y comunitario, estaría implicada en la adopción de medidas preventivas, en la respuesta de la población hacia los programas de salud y en la participación en redes sociales de apoyo. Además, este concepto podría permitir el abordaje de las relaciones sociales y de género implicadas en la vivencia y afrontamiento de la diabetes y de otras enfermedades crónicas.

## ***Discusión y Conclusiones***

La ayuda o apoyo social en salud es un elemento de primer orden que interviene en la estructura de relaciones interpersonales, familiares, grupales, comunitarias, de clase social y de género. Como tal, pudimos apreciar que a nivel familiar, son las mujeres (esposas e hijas) quienes proporcionan en gran medida la ayuda que requiere la y el pacientes diabéticos. No sólo eso, sino que ellas intervienen en aspectos de mayor cercanía y empatía (*cercanía con el padecimiento*), llegando incluso a asumir los cuidados en los momentos de mayor dependencia o gravedad del enfermo (ceguera, diálisis, amputación). Lo anterior se presenta indistintamente en los diferentes niveles socioeconómicos y no sin conflictos. Dar ayuda es deseable pero difícil para las cuidadoras pues les implica muchas veces negarse a sí mismas.

Por su parte, los esposos e hijos de la paciente diabética, cuando la apoyan, le proporcionan sobretodo ayuda económica. Sólo los de mayor escolaridad y recursos económicos están dispuestos a realizar ciertas actividades femeninas como cocinar o de observancia del tratamiento.

El apoyo social en la enfermedad crónica implica un proceso complejo de interacciones que se transforman en el tiempo y que varían de acuerdo a las características sociodemográficas, percepción y vivencia de quienes aportan y/o reciben ayuda. El mejor ejemplo de la complejidad del apoyo social es la lucha entre la necesidad de dar/recibir apoyo y la necesidad de respetar/conservar la independencia y la autonomía, es decir, existe una definición del apoyo que se desea recibir/dar (el apoyo deseado).

El apoyo más importante reportado por las y los entrevistados se ubica básicamente en tres ámbitos: el ámbito familiar, el ámbito religioso o espiritual y el ámbito de la sexualidad o vida de pareja. Sólo para los pacientes de muy escasos recursos, la asistencia social superaría los tres ámbitos anteriores. Los y las diabéticas desean que sus familias los apoyen con respeto a su individualidad pero requieren además de tranquilidad espiritual y del apoyo de su pareja.

En cuanto al apoyo social, los varones diabéticos construyen espacios propios que les permiten cuidar la autoestima y enfrentar el padecimiento sin estigma y en mejores condiciones físicas, tal es la importancia del grupo espontáneo de apoyo.

Los hombres diabéticos contarían en primer lugar, en el seno familiar, con el apoyo incondicional de la esposa y luego de las hijas y hacia el exterior con su grupo espontáneo. En tanto que las mujeres diabéticas son apoyadas

principalmente por las hijas, nietas e hijos, y cuando cuentan con seguridad social, con el grupo institucionalizado de apoyo. Mientras que los varones buscan los espacios públicos, libres e informales, las mujeres con más frecuencia se repliegan hacia el interior del hogar, la fe religiosa y los grupos institucionalizados.

La presente investigación aporta pistas para el estudio de la estructura del apoyo social en la enfermedad crónica. En el plano teórico, enriquece el concepto de *experiencia del padecimiento* (47) al identificar los conceptos de *cercanía con el padecimiento* y *acomodación del apoyo social*.

Los resultados muestran la complejidad del apoyo social tal y como ha sido planteado por Gracia (48) y permiten apreciar los diferentes matices que existen en este tema debido al entrecruzamiento de variables como el género, la escolaridad, el lugar de residencia y el origen social. También, por una parte, se muestran aspectos no tratados en otros estudios (49,50,51,52) como la feminización de los grupos institucionalizados; y por otra, esta investigación va más allá en la comprensión de la resistencia de los varones a participar en los programas de salud y en las alternativas o grupos espontáneos de apoyo que ellos mismos han desarrollado frente a los servicios de salud institucionales. Esto último, es un aspecto no sólo soslayado por los investigadores sino además es un asunto de primera importancia no atendido por las autoridades y planificadores en la materia.

El conocimiento derivado del acercamiento a la vivencia de la enfermedad crónica puede y debe ser utilizado para el diseño e instrumentación de la política de salud hacia las y los enfermos crónicos. Es deseable que quienes coordinan los programas sociales tomen en cuenta la experiencia y el punto de vista de quienes viven el padecimiento, de acuerdo a las similitudes entre las diferentes personas pero también de acuerdo a la diversidad de circunstancias y de la condición social de cada una/uno de ellos. En suma, la atención a las personas que padecen diabetes debe ser lo más cercana posible a su realidad cotidiana, por ejemplo, fomentar el apoyo social espontáneo en los términos que fue abordado más arriba. Lo anterior redundaría sin duda alguna, primeramente en la cuestión administrativa y de gestión, en una mayor eficiencia y eficacia de los servicios de salud; por otro lado, en la dimensión humana, se evitaría en gran parte el dolor y costo emocional que tiene para los individuos y familias y particularmente para las mujeres, la larga trayectoria de la enfermedad crónica.

## **Resumen**

Se llevó a cabo un estudio cualitativo bajo la estrategia metodológica del estudio de caso con el propósito de identificar el significado, las fuentes, la estructura y las formas del apoyo social en torno al paciente diabético. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 34 pacientes diabéticos tipo 2, del área metropolitana de Monterrey y del sur del Estado de Nuevo León. Los datos se analizaron con el apoyo del programa Atlas-ti. Se identificaron cuatro formas de apoyo social (familiar, social, religioso e institucional), así como los conceptos de *acomodación del apoyo social* y *cercanía con el padecimiento*. Los resultados constituyen un aporte susceptible de aplicarse a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones.

## **Abstract**

A qualitative study was done. The objective was to identify the meaning, the sources, the structure and the forms of social caring related to diabetic patients. 34 semistructured interviews were used with diabetic type 2 patients inhabitants from Monterrey and Southern Nuevo Leon, Mexico. The data analysis was made with Atlas-ti program. This study identified four social caring forms (familial, social, religious and institutional) and two concepts: *social caring accommodation* and *nearness with the illness*. The results could be applied to get better quality of life and to reduce complications.

*Key words: Qualitative health research, social caring, diabetes.*

## **Referencias**

1. Lloveras V., G. 1995. "Nutrición y diabetes" en: [Serra M., LI, Aranceta B., J. y J. Mataix V.], Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones, Madrid, Ed. Masson.
2. Islas A., S. y M.C. Revilla M. 1999. Diabetes Mellitus: concepto y nueva clasificación en [Islas A., Sergio y Alberto Lifshitz G.] Diabetes Mellitus, México, McGraw-Hill Interamericana.
3. Godínez G., S. A. 2001. Definición y diagnóstico Investigación en Salud, Vol. III, Marzo: 11-17.
4. Vázquez C., J.L. y A. Panduro C., A. 2001. Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud Vol. III, Marzo: 18-26.
5. Chiquete, E., G.P. Nuño y A. Panduro C. 2001. Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. Investigación en Salud, Vol. III, Marzo: 5-10.
6. Barquera, S. 2003. Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial Salud Pública Mex Vol. 45, No. 5: 413-414.
7. Torres L., T., D. Acosta G. y M.E. Aguilar A. 2004. Entre médicos y pacientes, buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente Investigación en Salud Vol. VI, No.1, Abril: 14-21.
8. Godínez G., S. A., *Op.cit.*
9. Bastidas Ramírez, B.E., J. J. García-Bañuelos, A. R. Rincón-Sánchez y A. Panduro Cerda 2001. Actividad física y

diabetes mellitus tipo 2 Investigación en Salud, Vol. III, Marzo: 49-56.

10. Escalante P., J. M. 2001. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Actualidades/hipoglucemiantes orales. Investigación en Salud, Vol. III, Marzo: 57-61.

11. Torres L., T., *et al*, *Op.cit*.

12. Lloveras V., G., *Op.cit*.

13. Barquera, S., *Op.cit*.

14. Torres L., T., *et al*, *Op.cit*.

15. Vázquez C., J.L. y A. Panduro C., *Op.cit*.

16. *Idem*.

17. *Idem*.

18. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la Federación, 07 de abril de 2000

19. DGIS- Dirección General de Información en Salud (2004). "Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002" en: *Salud Pública de México* /vol. 46, no. 2, marzo-abril, p.p. 169-185.

20. Cárdenas V., V.M., C. Pedraza L., y R. E. Lerma C. 2005. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Ciencia UANL /Vol. VIII, No. 3: 351-357.

21. Salazar S., B. 1999. Impacto socioeconómico de la diabetes mellitus en: [Islas A., Sergio y Alberto Lifshitz G.], *Diabetes Mellitus*, México, McGraw-Hill Interamericana.

22. Cárdenas V., V., *et al*, *Op.cit*.

23. Secretaría de Salud 2001 Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México; hacia un sistema universal de salud. SS-México DF:

24. *Idem*.

25. Robles-Silva, L., F.J. Mercado Martínez, I.M. Ramos Herrera, E. Alcantara Hernández y N.C. Moreno-Leal 1995. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública de

26. Gracia Fuster, Enrique 1997. El apoyo social en la intervención comunitaria Ed. Paidós (Colección Trabajo Social 1) Barcelona.
27. Sierra G., O., C. Madariaga O. y R. Abello LI. 1997. Relación entre la pertenencia a redes sociales y la dinámica familiar de mujeres en condiciones de pobreza. Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano –CIDHUM-, Barranquilla, Colombia.
28. Robles Silva, L., *et al*, *Op. cit.*
29. Salguero G., M. L. y Panduro C., A. (2001). “Emociones y genes” en: *Investigación en Salud*, Universidad de Guadalajara, vol. III, marzo, p.p. 35-40.
30. Gracia Fuster, E., *Op. cit*
31. Robles- Silva, L., *et al*, *Op. cit.*
32. Gracia Fuster, E., *Op. cit*
33. Robles Silva, L., *et al*, *Op. cit.*
34. *Idem.*
35. Borges-Yañez, S. A. y H. Gómez-Dantés 1998. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 40:13-23.
36. Mercado-Martínez, F.J., L. Robles Silva, I. M. Ramos Herrera, N. Moreno Leal y E. Alcántara Hernández 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública* 15(1):179-186
37. Mercado-Martínez, F. J., E.C. Alcántara-Hernández, A. Lizardi-Gómez, y R. Benítez-Morales 2003. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria* 31(1):32-38.
38. Alcántara Hernández, E., L. M. Tejeda Tayabas, F. J. Mercado Martínez, N. Lara Flores, A. Flores Sanchez 2004. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México *Investigación en Salud* Vol. VI, No. 3, Diciembre: 146-153
39. Robles Silva, L., *et al*, *Op. cit.*

40. Mercado Martínez, Francisco Javier 1996. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México (Serie Medicina Social).
41. Mercado-Martínez, F.J., *et al*, 1999, *Op.cit.*
42. Gobierno del Estado de Nuevo León 2004. Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009 del Estado de Nuevo ([www.nl.gob.mx](http://www.nl.gob.mx))
43. Gobierno del Estado de Nuevo León 2004. Plan Estatal de Desarrollo 2004-2009 del Estado de Nuevo León ([www.nl.gob.mx](http://www.nl.gob.mx))
44. Mercado-Martínez, F.J., *Op.cit.*
45. *Idem.*
46. Rivera-Navarro, J. y C. Gallardo-Pino 2005. Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud. Claves de un nuevo modelo socio-sanitario, Plaza y Valdés/U. Autónoma de Tamaulipas, México.
47. Mercado-Martínez, F.J., *Op.cit.*
48. Gracia Fuster, E., *Op. cit*
49. *Idem.*
50. Mercado-Martínez, F.J., *et al*, 1999, *Op.cit.*
51. Alcántara Hernández, E., *et al*, *Op cit*
52. Rivera-Navarro, J. y C. Gallardo-Pino, *Op.cit.*