



Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología

Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2

T e s i s

*Para obtener el grado de Doctor en Psicología*

Presenta

*Marisol Campos Rivera*

Directora de tesis

*Dra. María Elena Ávila Guerreo*

Cuernavaca, Morelos a marzo de 2018

Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología

Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2

T e s i s

*Para obtener el grado de Doctor en Psicología*

Presenta

*Marisol Campos Rivera*

Directora de tesis

*Dra. María Elena Ávila Guerreo*

Comité revisor:

*Dr. Jesús Alejandro Vera Jiménez*

*Dr. Gonzalo del Moral Arroyo*

*Dra. Esperanza López Vázquez*

*Dr. Gabriel Dorantes Argandar*

*Dra. Marta Caballero García*

*Dra. Imke Hindrichs*

Cuernavaca, Morelos a marzo de 2018

A mis padres, **María de los Ángeles** y **Francisco** cuyo amor incondicional ha sido guía y soporte para mi vida.

A mi esposo, **Tony**, mi compañero de la aventura que es la vida.

A la comunidad de **Xoxocotla**, por su generosidad al permitirme compartir espacios, saberes y vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis es resultado de un sin fin de situaciones que me han hecho coincidir con personas y lugares que me han llenado de aprendizajes. Doy gracias a Dios y a la vida por estas afortunadas coincidencias. Es difícil mencionar a todos/as y cada uno/a de los/as implicados/as en este proceso de tesis; una disculpa si omito a alguien sin quererlo. De manera general agradezco a:

Mariel, mi directora de tesis, por su confianza y apertura al aceptar el acompañamiento del tema de tesis, por su apoyo incondicional, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Los miembros de mi comité Tutorial y Comité Revisor de tesis, por su valioso apoyo y contribuciones en el desarrollo de esta investigación.

La Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y al Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi), por ser la plataforma de mi desarrollo profesional que ha ido de la mano con mi desarrollo personal, por la oportunidad de compartir espacios con profesores/as y compañeros/as críticos e inspiradores/as.

A Caty y Bety, por su acompañamiento, consejo y apoyo en el trabajo de campo de esta tesis. A todas aquellas personas que compartieron su experiencia y opiniones por medio de su participación en esta investigación.

A todo el equipo de Investigación-Acción-Participativa en Salud, por ser compañeros/as de sueños en especial a Marián, por ser quien me presentó Xoxocotla, a Eugenia y Sandra.

A mi familia y amigos/as, que son parte fundamental en mi vida.

## Contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2. ....	14
1.1. La diabetes mellitus tipo 2 y pueblos indígenas.....	16
1.2 Dimensiones psicosociales del autocuidado.....	17
Capítulo2. Psicología comunitaria y salud.....	19
2.1 Contextualización histórica de la Psicología Comunitaria.....	19
2.2 El paradigma de la Psicología Comunitaria y su relación con la praxis en salud.....	25
2.2.1 Procesos psicosociales comunitarios.....	29
2.2 Psicología de la salud.....	31
2.3 Promoción de la salud y su enfoque crítico.....	34
2.4 Psicología y salud pública: la propuesta de la psicología de la salud comunitaria.....	39
2.5 Bienestar y salud.....	42
2.5.1 Bienestar psicológico, autonomía y agencia de autocuidado.....	47
<b>Capítulo3. Autocuidado.....</b>	<b>52</b>
3.1 La concepción de ser humano y autocuidado.....	52
3.2 El estudio del autocuidado.....	56
3.3 El sentido social del concepto de autocuidado.....	58
3.4 Las prácticas de autocuidado en el marco de lo cotidiano.....	61
3.4.1 La vida cotidiana.....	61
3.4.2 Prácticas y proceso de reflexividad.....	69
3.4.3 El papel mediador de las prácticas.....	74
3.4.4 El modo de vida como manifestación psicosocial de las prácticas de autocuidado.....	76
Capítulo4. Actitudes.....	83
4.1 El estudio de las actitudes en Psicología.....	83
4.2 Las actitudes desde la tradición histórico-dialéctica.....	84
4.2.1 Enfoques de las actitudes.....	85
4.2.2 Estructura de las actitudes.....	91
4.2.3 El carácter social de las actitudes: relación de sentido y compromiso.....	92

4.2.3.1 *Praxis humana: El papel de la actividad y las necesidades en la experiencia cotidiana.*..... 96

4.3 Las actitudes desde la tradición individualista..... 101

4.3.1 La valoración de costos y beneficios en el comportamiento: la perspectiva de Homans y la teoría del intercambio..... 103

4.3.2 La transición del enfoque conductista al cognitivo..... 110

4.4 La formación de las actitudes..... 112

4.4.1 Componente cognitivo. .... 112

4.1.1.1 *La orientación expectativa-valor en el abordaje de comportamientos en salud.* ..... 113

4.4.2 Componente afectivo ..... 120

4.4.2.1 *Diabetes y estrés.* ..... 123

4.4.3 Componente conductual..... 126

4.4.3.1 *El conflicto decisional, autocuidado y bienestar psicológico.*..... 129

**Capítulo 5. Problema y objetivos**..... 132

5.1 Planteamiento del problema..... 132

5.2 Objetivos..... 135

Capítulo 6. Método ..... 137

6. 1 Fundamentos metodológicos..... 137

6.1.1 Metodología de la investigación cualitativa..... 137

6.1.2 Psicología Comunitaria: paradigma de la construcción y transformación crítica. .... 138

6.1.3 Fenomenología-hermeneútica. .... 141

6.1. 3.1 *Historia de vida desde una perspectiva comunitaria.*..... 144

6.1.4 Teoría Fundamentada..... 146

6.1.5 Etnografía..... 147

6.2 Diseño ..... 147

6.3 Participantes ..... 153

6.4 Técnicas de trabajo de campo ..... 156

6.5 Análisis ..... 158

6.6 Consideraciones éticas ..... 161

Capítulo 7. Resultados ..... 162

7. 1 Referentes históricos de la comunidad de Xoxocotla ..... 165

7.1.1 Memoria de la conquista a la revolución. .... 167

7.1 .2 Pueblos en Defensa del Agua, la Tierra y el Aire. .... 170

7.2 Prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2.....	174
7.2.1 Xoxocotla y modo de vida. ....	174
7.2.2 Perspectiva de ser humano y salud. ....	185
7.2.3 Prácticas y significados de autocuidado.....	191
7.2.4 Vivir con diabetes. ....	194
7.3 Actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado.....	199
7.4 Condiciones de bienestar psicológico y dimensiones psicosociales del autocuidado.....	201
8. Discusión.....	205
9. Conclusiones .....	211
9.1 Aspectos teórico-conceptuales.....	211
9.2 Aspectos metodológicos .....	213
9.3 Recomendaciones .....	214
10. Referencias bibliográficas.....	216
11. Índice de tablas y figuras .....	227
Anexos .....	229
Anexo 1. Tabla síntesis teórico-conceptual .....	229
Anexo 2. Guía de entrevista informantes clave .....	246
Anexo 3. Guía de entrevista historia de vida .....	249
Anexo 4. Carta de consentimiento informado.....	254
Anexo 5. Análisis temático-codificación inicial .....	257

## **Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2**

### **Resumen**

Las consecuencias de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) generan impactos psicológicos y sociales y autocuidado es esencial para reducirlos, además una actitud – dimensión psicosocial-positiva favorece la realización de dichas prácticas. Con el objetivo de comprender las dimensiones psicosociales de las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2, así como su relevancia en relación al bienestar psicológico en la comunidad de Xoxocotla, se realizó una investigación cualitativa cuyo enfoque metodológico se basó en el paradigma de la Psicología Comunitaria, la fenomenología-hermenéutica, integrando la etnografía para las técnicas y orientación del trabajo de campo, así como la Teoría Fundamentada para las técnicas de análisis. Las técnicas de recolección de información fueron la observación participante, entrevista semi-estructurada y a profundidad orientadas a la construcción de una historia de vida. Los participantes fueron actores clave de la comunidad y una mujer viviendo con DM2. La interpretación de la información plantea que las prácticas de autocuidado, sus significados, así como sus actitudes se sustentan en la perspectiva de ser humano y salud dados en un modo de vida en particular enmarcado momento socio-histórico. Se identifica una actitud de dejadez (pasividad frente al autocuidado) y de agencia (autonomía frente al autocuidado). Dichas actitudes expresan y se fundamentan en las condiciones de bienestar psicológico. A partir de estos hallazgos se comprende la base socio-histórica de las actitudes subyacentes a las prácticas de autocuidado y condiciones de bienestar psicológico, así como su relación para ser consideradas en la generación de estrategias de intervención.

**Palabras clave:** Autocuidado, psicología comunitaria, psicología de la salud, Diabetes Mellitus Tipo 2, promoción de la salud, actitudes, bienestar psicológico



## **Pshychosocial dimesnions of self-care in people with Diabetes Mellitus Type 2**

### **Abstract**

The consequences of Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) generate psychological and social impacts and self-care is essential to reduce them, in addition a positive attitude –psychosocial dimension- favors the realization of such practices. In order to understand the psychosocial dimensions of the practices and meanings of self-care in people with DM2, as well as its relevance in relation to psychological well-being in the Xoxocotla community, a qualitative research was carried out whose methodological approach was based on the paradigm of the Community Psychology, the phenomenology-hermeneutics, integrative ethnography and the techniques and orientation for field work, as well as the Grounded Theory for analysis techniques. The information collection techniques were participant observation, semi-structured and in-depth interviews aimed at the construction of a life story. The participants were key actors of the community and women living with DM2. The interpretation of the information suggests that the practices of self-care, their meanings, as well as their attitudes are based on the perspective of being human and health given in a particular way of life framed in a socio-historical moment. An attitude of *dejadez* (passivity towards self-care) and agency (autonomy versus self-care) is identified. These attitudes express and are based on psychological well-being conditions. Based on these findings, we can understand the socio-historical basis of the underlying attitudes to self-care practices and psychological well-being conditions, as well as their relationship to be considered in the generation of intervention strategies.

**Keywords:** Self-care, community psychology, health psychology, Diabetes Mellitus Type 2, health promotion, attitudes, psychological well-being

## **Introducción**

Después de mi formación como psicóloga, realicé una maestría en Salud Pública en el área de concentración de Ciencias Sociales y del Comportamiento, en este espacio el tema de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones empezó a ser de interés para mí, lo que me llevó a hacer un trabajo de titulación cuyo objetivo consistió en el incremento de conocimientos y actitudes positivas de profesores y padres de familia hacia el consumo de agua simple, frutas y verduras para la prevención de diabetes en el contexto escolar.

Para cumplir con este objetivo se diseñó, implementó y evaluó un taller que requirió de un proceso de investigación formativa, con la intención de contar con información contextualizada con respecto al lugar y personas con las que se llevaría a cabo la actividad. En este proceso se realizaron entrevistas a profesores y padres de familia con la finalidad de explorar acerca de los conocimientos generales sobre diabetes, así como sobre las condiciones y actitudes que existen en la escuela hacia el consumo de frutas, verduras y agua simple.

En dicho trabajo de campo se suscitaron algunas situaciones que llamaron mi atención, entre ellas se encuentra que algunas de las preguntas se trataban de conocer la percepción general que tenían los participantes acerca del agua simple, si conocían de sus beneficios/consecuencias negativas y qué tan dispuestos estaban de beber agua simple; por otro lado, se buscaba conocer estos mismos aspectos de las bebidas azucaradas, sobre todo, refrescos. Al preguntar los participantes me comentaban que en general era muy bueno y sano tomar agua simple y que por otro lado, beber refresco era nocivo para la salud, que ellos prácticamente no bebían refresco en su jornada laboral y lo hacían no muy frecuentemente en su hogar. Sin

embargo, en el lugar donde se realizaban las entrevistas estaba a la vista un garrafón de agua simple y en una ocasión que estaba esperando que me atendieran entró uno de los profesores, que sin mirarme llegó directamente al mueble en donde estaba el garrafón, lo abrió y se trababa de un frigobar lleno de refrescos. El profesor se percató de mi presencia y me ofreció uno de ellos. Al tratarse de una escuela de tiempo completo, esta situación se repetía a la hora de la comida, ya que a simple vista la primera elección para beber de los profesores eran los refrescos.

Este tipo de acontecimientos me hacía pensar en la correspondencia entre un comportamiento y la referencia que hacían los participantes de tener una actitud contraria.

Una vez finalizada la maestría en Salud Pública, los vientos en la búsqueda de un espacio laboral me llevaron a la comunidad de Xoxocotla, donde el contacto con la comunidad me siguió inquietando en cuanto a la correspondencia entre lo que se dice y hace.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar las dimensiones psicosociales de las prácticas y significados de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, así como comprender su relevancia con relación al bienestar psicológico en la comunidad de Xoxocotla. Se trató de un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico-hermenéutico donde se realizó una historia de vida.

El presente documento cuenta con tres capítulos teóricos en donde en primer lugar se da un panorama general de la situación de la diabetes mellitus tipo 2 y específicamente sus implicaciones en los pueblos indígenas, para relacionar esta situación con las dimensiones

psicosociales del autocuidado. El segundo capítulo pretende relacionar la Psicología Comunitaria con la salud, para lo cual presenta aspectos de contexto histórico y aportes teóricos de la Psicología Comunitaria, así como de la Psicología de la Salud y la Promoción de la Salud y su enfoque crítico; posteriormente se aborda la propuesta de la psicología de la salud comunitaria para relacionarla con el bienestar y la salud, así como con la necesidad de autonomía y la agencia de autocuidado, que de forma concreta son un punto de encuentro.

El tercer capítulo aborda el autocuidado empezando por la concepción del ser humano, el sentido social del término, para entonces centrarse en las prácticas de autocuidado en el marco de lo cotidiano, donde se revisa los conceptos de cotidiano y prácticas desde algunos aportes de la sociología y desde el modo de vida desde lo psicosociales.

El cuarto capítulo es sobre actitudes, mismas que aborda desde dos tradiciones de la psicología social: la tradición histórico-dialéctica y la tradición individualista, este apartado termina con la formación de las actitudes donde se retoman los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes.

En el quinto capítulo se desarrolla el planteamiento del problema que deriva en la pregunta de investigación y partir de la cual se presnetan los objetivos del estudio. En seguida, el sexto capítulo es el método, que inicia explicitando los fundamentos metodológicos para después ahondar en el diseño del estudio.

El séptimo capítulo son los resultados que contienen una síntesis de los referentes históricos más relevantes de Xoxocotla, para después abordar los temas derivados del proceso interpretativo. Cabe mencionar que los resultados están organizados de manera que se vayan contestando los objetivos de la investigación. Enseguida se encuentran la discusión donde se retomam los hallazgos más importantes y se dialogan teórica y empíricamente con los fundamentos que dieron sustento al estudio. Finalmente las conclusiones se dividen en aspectos teórico-conceptuales, metodológicos y recomendaciones, lo que permite cerrar el ciclo de la investigación con aportes puntuales acerca de la temática.

## Capítulo 1. Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2.

Actualmente uno de los mayores retos del sistema de salud mexicano es el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), esto dada su alta prevalencia, los efectos negativos sobre la productividad, los altos costos de tratamiento y su repercusión en el bienestar de las personas. (Aguilar-Salinas, 2013)

Las ECNT han ido en aumento en todo el mundo, siendo la DM2 una de ellas. En el 2005, a nivel mundial ocurrieron alrededor de 1.1 millones de muertes por DM2 cerca del 80% en países de bajo y mediano desarrollo y casi la mitad en menores de 70 años. Actualmente más de 347 millones de personas en el mundo tienen DM2 y el número se incrementará a más del doble en el 2030. Se estima que para el año 2020, la mortalidad asociada a las ECNT represente más de tres cuartas partes del total de la mortalidad a nivel mundial. (Centro de prensa OMS, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad que se manifiesta cuando no se produce suficiente insulina por el páncreas o bien cuando la insulina que se produce no es utilizada de manera eficaz. Se conocen 4 tipos principales de diabetes, entre ellas la denominada *Tipo 2 (DM2)*, también llamada no insulino dependiente; este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se asocia en gran medida a hábitos alimenticios y de actividad física. En este tipo de diabetes es en el que se centrará el presente proyecto. (Centro de prensa OMS, 2012).

México ocupa el noveno lugar en el mundo por número de personas diagnosticadas con DM2. La población mexicana viviendo con diabetes fluctúa entre los 6.5 y 10 millones. Del total de personas viviendo con diabetes el 90% presenta el tipo 2 y existe un 35% que ignora que la tiene. Se calcula que la prevalencia de diabetes podría ser de 12.3% para el año 2025. El grupo de edad con mayor mortalidad asociada a diabetes se ubica entre los 40 y los 55 años. En el 2010 la principal causa de muerte en el Estado de Morelos fue la DM2 y a nivel nacional la segunda). (Centro de prensa OMS, 2012; Boletín de estadísticas vitales del INEGI, 2010).

Existe una amplia gama de complicaciones asociadas a la DM2-pie diabético, oculopatías, patologías renales, cetoacidosis, coma, entre otras- que afectan la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad. Para el 2008 casi el 3% de egresos hospitalarios en México fueron por DM2 calculándose un costo (directo e indirecto) de atención de 100 millones de dólares anuales. Sin embargo, el costo no recae exclusivamente en los servicios de salud, implica un gasto catastrófico para las familias y redes sociales cercanas a la persona que vive con diabetes.(Centro de prensa OMS, 2012; Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994,2012).

La DM2 genera impactos psicológicos y sociales debido a su carácter crónico, ya que implica modificaciones en áreas significativas de la vida como el trabajo, la familia, etc. Algunas dimensiones identificadas por el estudio de Ledón (2012) basado en la experiencia de personas con diabetes identificadas como relevantes para dichos impactos son la comunicación del diagnóstico de diabetes, el mundo psicológicos de la persona con diabetes, los significados

subyacentes (estigmas y causalidades), atención de salud, retos en el tratamiento de la diabetes y los momentos críticos.

Moreno (2009) expone que por lo regular en las investigaciones médicas sobre enfermedades crónicas, como lo es la diabetes, no se toma en cuenta cómo los individuos perciben e interpretan las alteraciones consecuencia de la enfermedad en su diario vivir. La diabetes es una enfermedad incurable y su diagnóstico trastoca no solamente la vida del individuo, sino también su estructura familiar. Partiendo de ésta idea, se vislumbra como necesario un análisis que contemple su dimensión social, cultural y afectiva, no solamente su dimensión biológica. Esto debido a que los individuos han elaborado conceptos de salud y de cómo vivir la enfermedad de acuerdo a su cultura, esto con la finalidad de explicárselos a hacerles frente.

Torres (2005) expone que respecto a la comprensión de la diabetes, no basta una visión epidemiológica, sino que es necesario hacer un acercamiento más profundo a la subjetividad y significado que las personas enfermos y sus familias dan a este padecimiento.

### **1.1. La diabetes mellitus tipo 2 y pueblos indígenas.**

Las condiciones económicas, sociales, educativas y sanitarias de los pueblos indígenas en el mundo y en México, propician que sean grupos altamente vulnerables a las condiciones que rodean a la DM2. La Fundación Mundial de la Diabetes (2012) plantea a la pobreza como causa y consecuencia de las ECNT, de ahí que la DM2 representa no sólo una amenaza directa a la salud,



sino también al desarrollo social y económico de las poblaciones. Por tanto, el aumento de las ECNT en los pueblos indígenas representará mayores dificultades para hacerles frente.

Para el desarrollo de estrategias que afronten el problema de la DM2 en estas poblaciones, es necesaria la comprensión de sus propios parámetros o cosmovisiones de las causas y la naturaleza de esta condición de salud. Ya que la cosmovisión indígena acerca del funcionamiento del cuerpo humano determina la forma en que las explicaciones y tratamientos médico-alópatas son recibidas. En contraste, el mantenimiento de la cultura y modos de vida tradicionales de estos pueblos se asocia con mejores situaciones de salud (Fundación Mundial de la Diabetes, 2012; Nicolaisen, 2006).

El presente proyecto se situará en la comunidad náhua de Xoxocotla del Estado de Morelos, la cual fue elegida debido a la experiencia previa de trabajo en la comunidad.

## **1.2 Dimensiones psicosociales del autocuidado**

El autocuidado se considera esencial para mantener el control metabólico de las personas con DM2 reduciendo sus complicaciones. Un adecuado manejo de la DM2 incluye alimentación, actividad física, medicación, además de control de peso y estrés. Se ha encontrado que las prácticas de autocuidado se relacionan con la percepción de la condición de salud, así como al conocimiento de diabetes. (Oliveira, Lopes Costa, Lopes Ferreira, & Jácome Lima, 2017; Kugbey, Oppong Asante, & Adulai, 2017)

Frecuentemente los pacientes con DM2 no traducen sus conocimientos en conductas, por lo que surge la importancia de indagar en la postura que tienen frente a la enfermedad. Se reporta que una actitud positiva favorece el valorar la enfermedad como un desafío y consecuentemente, esto promueve el cumplimiento de pautas de autocuidado para prevenir complicaciones. También se ha documentado que hay una correlación significativa entre actitud y conocimiento de la persona con diabetes, lo que podría traducirse en asumir el autocuidado y al mismo tiempo podría tener un efecto positivo en reducir el estrés implícito a vivir con diabetes, mayor receptividad al tratamiento, confianza en el equipo de profesionales de la salud, mejor autoestima y sentido de autoeficacia. (Bail, 2012; Luchetti Rodrigues et al., 2009)

En Xalapa, Veracruz se realizó un estudio cuyo objetivo consistió en determinar las actitudes y motivaciones de personas con DM2 y personal de salud, para lo que se usó el Instrumento DAS-(Diabetes Attitude Scale) que incluye cinco subescalas: 1) necesidad de entrenamiento; 2) percepción de la gravedad de la diabetes mellitus; 3) valoración del control; 4) valoración del impacto social de la diabetes mellitus y; 5) autonomía del paciente. Dicho estudio encontró que el personal de salud otorga más valor a un control estricto de la enfermedad, por el contrario, las personas con diabetes dieron mayor peso al impacto psicosocial de su condición de salud, así como a la autonomía, que se refiere a la necesidad de la persona con diabetes de llevar un control adecuado de su condición de salud con base en el conocimiento de la misma, lo que le permitiría una dependencia cada vez menor del médico. Además, en lo que respecta a necesidad de entrenamiento de los profesionales de la salud para comunicarse con los pacientes, ambos grupos coinciden en esta necesidad. Esta investigación corrobora que las personas con diabetes desean que los profesionales de salud cuenten con las herramientas necesarias para brindarles

información clara tomando en cuenta sus perspectivas y circunstancias, lo que construiría una relación de mayor confianza. Mientras que los profesionales de salud valoran el control estricto de la enfermedad, las personas que viven con esa condición de salud no lo hacen así, lo que da sentido a la información que se cuenta acerca de que el conocimiento de las complicaciones de la diabetes no es suficiente para cambiar comportamientos. (Mendoza-Rivera, 2008)

## **Capítulo 2. Psicología comunitaria y salud**

### **2.1 Contextualización histórica de la Psicología Comunitaria**

Los constructos en los que se pueden rastrear los fundamentos de la psicología comunitaria se encuentran enclavados en las corrientes de pensamiento social del siglo XIX. Buelga y Musitu (2009) identifican a la revolución industrial como el punto histórico en el que se producen una serie de transformaciones en las esferas política, económica, social y tecnológica que tienen repercusiones importantes en la manera de vivir y convivir de las personas.

Los cambios producidos por la revolución industrial promovieron el paso de la economía agrícola por un sistema de producción basado en la mecanización de los procesos, lo que a su vez conllevó procesos migratorios, ya que hubo un importante traslado de personas que vivían en el campo a los centros urbanos. Este traslado y cambio de forma de vida influye en las formas de trabajo, vida, costumbres e ideas, que pasa de una sociedad rural basada en la tradición y sentimiento de comunidad a una sociedad de relaciones impersonales con consecuencias en la convivencia, bienestar y salud de las personas (Musitu y Buelga, 2009).

Bajo este contexto surgen corrientes de pensamiento social que son base para la psicología comunitaria, entre las que encontramos a: Emile Durkheim , para el cual el bienestar de los individuos y social responde a la solidaridad y el consenso social, es decir, a la interiorización de normas y obligaciones sociales relacionadas a la integración del individuo en grupos sociales; La teoría Marxista, que es un importante referente teórico particularmente en América Latina , debido a su fuerte compromiso con las desigualdades sociales y con la justicia social, tomando como base el papel del trabajo en las relaciones específicas e independientes de la voluntad de las personas; Weber, para quien la acción de los seres humanos debe ser interpretada desde sus valoraciones y significados, lo que deviene en una postura crítica a la racionalidad científica positivista y realza la importancia de una metodología comprensiva, lo que es retomado por orientaciones teóricas como el interaccionismo simbólico, la fenomenología social y la etnometodología; Ferdinand Tönnies hace una distinción entre comunidad - Gemeinschaft- y asociación -Gesellschaft-, desde donde se asume una transición de la sociedad tradicional rural a la sociedad moderna, que supone unas formas abstractas e instrumentales de relación, en las cuales los vínculos naturales y personales se sustituyen por la lógica de mercado; Peter Alexéievich Kropotkin quien expone a la cooperación y la ayuda mutua como las fuerzas necesarias para la supervivencia y desarrollo de las sociedades, para este autor las especies que logran sobrevivir son las que actúan colectivamente y este tipo de mecanismos son los que han permitido que el ser humano sobreviva a otras especies más fuertes (Buelga y Musitu, 2009).

Un aspecto fundamental en la psicología comunitaria es su compromiso con el cambio social y este principio tiene sus raíces en el movimiento social de finales del siglo XIX denominado pragmatismo, el cual se fundamenta en el supuesto básico de que el pensamiento es

práctico y que el conocimiento es acción. Este movimiento tiene sus orígenes con Charles Peirce, en la comunidad científica se difunde con William James y se busca su aplicación en la escuela de Chicago con John Dewey y George Herbert Mead, para quienes la comprensión científica debe promover lo que ética y moralmente es bueno para el ser humano (Buelga y Musitu, 2009). Como podemos observar, desde Durkheim hasta los primeros estudios en la escuela de Chicago la transformación de los vínculos personales que deviene del desarrollo industrial promueve la aparición de problemáticas psicosociales.

En este panorama surge el científico social Kurt Lewin, quien, al igual que la escuela de Chicago, utiliza una metodología cualitativa basada en el compromiso de la ciencia para la solución de problemáticas. Sus grandes aportes a la psicología comunitaria, son la teoría del campo, que concibe a la conducta como una función en donde interactúan persona y ambiente; interés por los grupos minoritarios, que Lewin retoma como la posibilidad de lucha activa y el medio de acción social por medio del cual sería posible alcanzar una conciencia de identidad para así hacer frente al sistema asimétrico de poder y de dominación; y la metodología de investigación-acción, en este sentido, Lewin defiende la construcción de una psicología social humanista que se oriente a la acción. Para este autor no es suficiente la investigación que sólo produce libros y plantea la relación que existe entre la teoría y la práctica, además de la implicación de las personas tanto en el proceso de investigación como en el de acción, por lo tanto, la investigación-acción implica participación. (Buelga y Musitu, 2009)

Con el tiempo otras escuelas de pensamiento psicosocial se han ido sumando a este antecedente de la psicología comunitaria como el Interaccionismo Simbólico, la Escuela de

Frankfurt con su Teoría Crítica, la Teoría de sistemas, Psicología Social Cognitiva y las Teorías de la Acción. Todas ellas han aportado al fundamento de la psicología comunitaria, pero no sólo han sido las escuelas de pensamiento en sí mismas las que han abierto paso a esta disciplina, sino también las particulares condiciones contextuales de los años 60's de los que hablaremos un poco más en los siguientes párrafos.

La década de 1960 fue uno de los periodos más trascendentes en la historia social contemporánea, ya que aparecen en la escena política nuevos actores y movimientos sociales en aras de una transformación social, entre estos destacan movimientos estudiantiles, feministas, la población afroamericana, etc. En esta época convergen la transformación de los medios de comunicación, particularmente de la televisión, sobre todo en Estados Unidos, en donde también se daba la Guerra Fría, la Guerra de Vietnam, movimientos por derechos raciales y civiles, además de una posible y angustiosa guerra atómica. Asimismo, surge un movimiento contracultural basado en la crítica al materialismo y la hipocresía sexual, buscando así nuevas formas de organización basada en la solidaridad, la libertad sexual y el amor, además de revalorizar la naturaleza. Este movimiento conocido como *hippie* constituyó uno de los movimientos más emblemáticos de la época y fue influenciado también por el uso de drogas sintéticas, sobre todo de LSD. (De los Ríos, 1998)

En 1965 tiene lugar la Conferencia de Swampscott (*Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health*) donde surge la *Psicología Comunitaria* cuya base se encuentra en el cuestionamiento que se hacía a la intervención psicológica individual, frente a la cual se plantea el nivel de intervención comunitaria como más adecuado. Paralelamente

aparece en Estados Unidos el *Community Mental Health Center Act*, que tenía como propósito resolver problemas de presupuesto a nivel institucional, además de pacificar a las poblaciones más pobres del país, donde también incluían a América Latina a través de la *Alianza para el progreso y los cuerpos de paz*. Este movimiento trabajaba la salud mental a través de Centros Salud Mental Comunitaria que proporcionaban hospitalización, tratamiento ambulatorio, urgencias, programas educativos y asesoría a instituciones. Algunos puntos de confluencia para esta iniciativa fueron (Jiménez-Domínguez, 2004):

1. Críticas y denuncias contra los hospitales psiquiátricos, psicoterapias y en general al modelo médico imperante que enfatiza los factores intrapsíquicos y promueve la estigmatización derivada de las pruebas psicológicas.

2. Surgimiento de los psicotrópicos, además de formas alternativas de trabajo grupal y comunitario, lo que replantea el entrenamiento de los psicólogos clínicos. También aparecen experiencias de desinstitucionalización psiquiátrica y movimientos antipsiquiátricos y de psiquiatrizados en contra de prácticas que atentan contra los derechos de los pacientes como el electroshock y la psicocirugía.

3. Los presupuestos estatales se veían afectados por el costo de construcción y encierro de los pacientes que para finales de la década de 1970 sumaban alrededor de medio millón, el costo resultaba muy elevado y la eficiencia nula.

Una de las consecuencias de estos programas comunitarios fue la aparente desinstitucionalización que en realidad cooptaba la participación comunitaria (Jiménez-Domínguez, 2004). Sin embargo, es importante resaltar al movimiento antipsiquiátrico ya que es la manifestación en el campo de la salud mental de la crisis que se vivía en ese momento histórico que es una crítica ideológica al proceder medicalizado en torno a la salud mental, por lo que rechaza las definiciones tradicionales de la enfermedad mental, hace énfasis en factores sociales, defiende la distribución de los recursos en salud mental y define a la comunidad como una red de relaciones interpersonales (Desviat, 2006; Vásquez-Rocca, 2011).

En síntesis, durante las décadas de 1960 y 1970 del siglo XX se difunden una serie de ideas políticas y económicas derivadas de movimientos sociales que influyeron en las formas de hacer y pensar las ciencias sociales. Dichas ideas incluyen una concepción distinta de la salud-enfermedad y conciben a la psicología centrada en los grupos sociales entendiendo al sujeto humano como activo, dinámico y constructor de su realidad. Esto coincide con el periodo de crisis de la psicología social dominante, la respuesta a esta crisis es una psicología crítica que se reinserta en las ciencias sociales y en perspectivas cualitativas. Así se ubica a la psicología social comunitaria como el principal aporte de la perspectiva crítica desde Latinoamérica. (Jiménez-Domínguez, 2004) Para Montero (2004), es posible decir que la psicología comunitaria surge a partir de la disconformidad con una psicología social que hasta el momento se mostraba individualista y no daba respuesta a la problemática sociales, así como por la perspectiva eminentemente macrosocial de otras disciplinas centradas en la comunidad. Además, se trata de una psicología que observa críticamente las experiencias prácticas, el mundo en que surge y las circunstancias que debe afrontar.



De esta manera observamos que por un lado surge la perspectiva de la psicología comunitaria en Estados Unidos que se ubica en los esfuerzos de llevar los servicios de salud a la comunidad con instrumentos derivados de las vertientes clínicas y educativas. Por otro lado, en contraposición, se encuentra la perspectiva desarrollada en América Latina, misma que parte de una psicología social redefinida en función del trabajo con grupos para la construcción de una identidad social basada en conciencia crítica, donde lo social comunitario va de la mano con un marco interdisciplinario comprometido con la acción social y define el rol del psicólogo social comunitario como un facilitador, concientizador y promotor de un cambio social que debe ser coordinado, planificado e implementado por la misma comunidad. En este sentido, la psicología social comunitaria se define como una propuesta en donde convergen lo interdisciplinario y el compromiso social. Se trata de una alternativa al rol cientificista que valora de una forma neutra, en cambio se propone un psicólogo social que asume como suyos los problemas desde la comunidad y aprende de su experiencia y conocimiento local. La psicología social crítica en la que podríamos enmarcar a la psicología social comunitaria latinoamericana, se puede resumir en tres características, deconstrucción, pensamiento crítico y transdisciplinariedad, al estar situada simultáneamente en el plano conceptual y en la esfera práctica (Jiménez-Domínguez, 2004).

## **2.2 El paradigma de la Psicología Comunitaria y su relación con la praxis en salud**

La Psicología Comunitaria busca formas de intervenir en problemáticas psicosociales que promuevan transformaciones dirigidas por las mismas personas, haciendo así a la psicología efectivamente social. Para ello su construcción teórica ha sido a partir de la acción y de la

reflexión. A este modelo de construcción de conocimiento se le ha denominado *paradigma de la construcción y transformación crítica* en el que se destacan cinco dimensiones (Montero, 2004):

*Ontológica:* tiene que ver con la naturaleza y definición del sujeto cognoscente, en este caso, la psicología comunitaria no se limita a sólo un tipo de conocedor proveniente de la ciencia, sino que reconoce el papel en la producción del conocimiento de los miembros de las comunidades, lo que realza la importancia y la naturaleza de la relación entre los psicólogos y las personas que forman parte de la comunidad.

*Epistemológica:* hace referencia a la relación entre sujetos cognoscentes y objetos de conocimiento y en este caso se caracteriza por la complejidad y carácter relacional, es decir, el conocimiento se produce en y por relaciones.

*Metodológica:* hace referencia a los modos por los cuales se produce el conocimiento y en este caso son predominantemente participativos, pero no se excluyen otras formas.

*Ética:* se relaciona a definir al Otro, desde su inclusión en la relación de producción de conocimiento, así como al respeto de ese Otro, su participación en la autoría y la propiedad del conocimiento producido.

*Política:* hace referencia al carácter y finalidad del conocimiento, se relaciona con el ¿qué? Y el ¿para qué?, así como por la preocupación por el ámbito de aplicación y sus efectos

sociales, además de tomar en cuenta la posibilidad que todos tienen de expresarse y hacerse oír en lo público.

Convencionalmente en los modelos de construcción de conocimiento son consideradas las tres primeras dimensiones (ontológica, epistemológica y metodológica), sin embargo, en la camino que ha seguido la Psicología Comunitaria, el carácter crítico y reflexivo que la ha caracterizado llevó a plantear la necesidad de considerar los aspectos éticos y políticos, mismos que en muchas ocasiones se encuentran en la acción, pero que es necesario hacer explícitos explicitar como parte de la producción de conocimientos. (Montero, 2004)

En el área de salud la praxis de la psicología social comunitaria se ha instalado como un instrumento de investigación, planeación y monitoreo estratégico de condiciones de salud e impacto de acciones y programas de salud. Según Breilh (2004, citado por Zaldúa), es importante tomar en cuenta que la construcción de conocimientos y prácticas de promoción y prevención de la salud son procesos que se construyen de forma dialéctica frente a la producción de necesidades de diferentes campos como procesos de trabajo, consumo, organizativos, cotidianidad, vida cultural y subjetividad y en relación a las condiciones de defensa y promoción de la salud, del trabajo y la vida cotidiana. De ahí que Balcázar (2003), retome el señalamiento de Montero en cuanto a lo fundamental que es el desarrollo de investigación en ésta área desde una mirada que incluya niveles como el psicosocial, económico y político, que permitan desarrollar y evaluar modelos y estrategias de intervención encaminadas a promover la participación de las comunidades en la satisfacción de sus necesidades y en la solución de sus problemas sociales, incluyendo la salud como uno de ellos. En este sentido y retomando palabras

de Montero (2004) "...la psicología comunitaria actuó sobre dos de las ramas de la psicología que impulsaron su surgimiento: la psicología social y la psicología de la salud, en la cual se incluyen aspectos clínicos y aspectos sanitarios." (pp. 88), se observa que desde sus inicios la psicología comunitaria ha estado estrechamente relacionada con la psicología de la salud.

Considerando la necesidad de retomar la importancia de la perspectiva de la Psicología Comunitaria en el campo de la salud conviene detenerse en la definición de comunidad enunciada por Montero:

...una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social.

La comunidad es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. No debe olvidarse que, como parte de su dinámica, en esas relaciones internas puede también llegar a situaciones conflictivas conducentes a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad... (Montero, 2004, pp. 100)

Esta definición pone de relieve el sentido histórico de la comunidad, donde toman vida su organización y necesidades compartidas, mismas que ocurren en sus formas de interrelación donde se imprimen las tintas de la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. En este devenir, la comunidad se muestra como una potencialidad social que puede experimentar por su propia dinámica situaciones conflictivas que la conduzcan a su desintegración, pero que a su vez puede ser fortalecida a través de su conciencia como grupo. Para la reflexión en el campo de lo comunitario se han desarrollado diversos conceptos, entre ellos el de los procesos psicosociales comunitarios, mismos que se abordan a continuación.

### **2.2.1 Procesos psicosociales comunitarios**

Maritza Montero (2004) expone que para la psicología comunitaria la comprensión de los procesos psicosociales comunitarios es fundamental para la promoción de cambios sociales, ya que es mediante estos procesos que los individuos se construyen a sí mismos y al mundo que los rodea. Para esta autora el grupo de procesos psicosociales que nos ayudan a comprender la visión de una situación en comunidad se describen a continuación:

*1) Familiarización.* Ayuda a que lo extraño deje de serlo, es decir, apoya a que lo extraño parezca conocido, de modo que sea aceptable y manejable por la persona. Al familiarizarse, el individuo comienza a utilizar procesos cognitivos (clasificación, categorización, etiquetamiento, denominación, etc.). Se asumen las cosas como son y ya no se critican.

2). *Naturalización*. Considera ciertos fenómenos y pautas de comportamiento como el modo de ser de las cosas, las asimila como parte esencial de la naturaleza de la sociedad. Este proceso mantiene y facilita las circunstancias dadas por la vida cotidiana.

3). *Habitación*. Surge de la noción de habitus creada por el sociólogo francés Pierre Bourdieu. Se trata de un patrón de comportamiento que ya no es cuestionado dada su naturaleza inconsciente. Contiene subprocesos cognitivos (categorización, selección, clasificación, etiquetamiento) y es en sí misma una estructura cognitiva en donde convergen aspectos culturales, así como sistema de creencias y valores que conforman una cosmovisión particular.

Los procesos psicosociales se presentan de forma dialéctica, sin embargo, podría decirse que primero se da la familiarización, después la naturalización y finalmente la habitación. Una estructura cognitiva como lo es la habitación indica al individuo cómo reaccionar o afrontar situaciones de la vida cotidiana para poder sobrellevar el mundo en el que se vive.

Existe otro grupo de procesos psicosociales que ayudan a transformar las condiciones de vida de una comunidad una vez que son comprendidos los procesos mencionados con anterioridad. Este segundo grupo de procesos son la problematización y desnaturalización, mismos que constituyen un proceso de conocimiento crítico donde se revelan las contradicciones de la vida cotidiana; concientización y desideologización, proceso de movilización de la conciencia, facilita el paso de lo real a lo posible; y la conversión, supone una ruptura con la experiencia pasada (Montero, 2004).

Como hemos visto, la psicología comunitaria tiene sus bases en una serie de teorías que enfatizan las temáticas de integración, social, cooperación, etc., y a su vez, también encontramos una profunda reflexión crítica acerca del contexto que finalmente se asienta en un paradigma atravesado por la ética y la política, siendo así que el fin último de la psicología comunitaria es la transformación social.

## **2.2 Psicología de la salud**

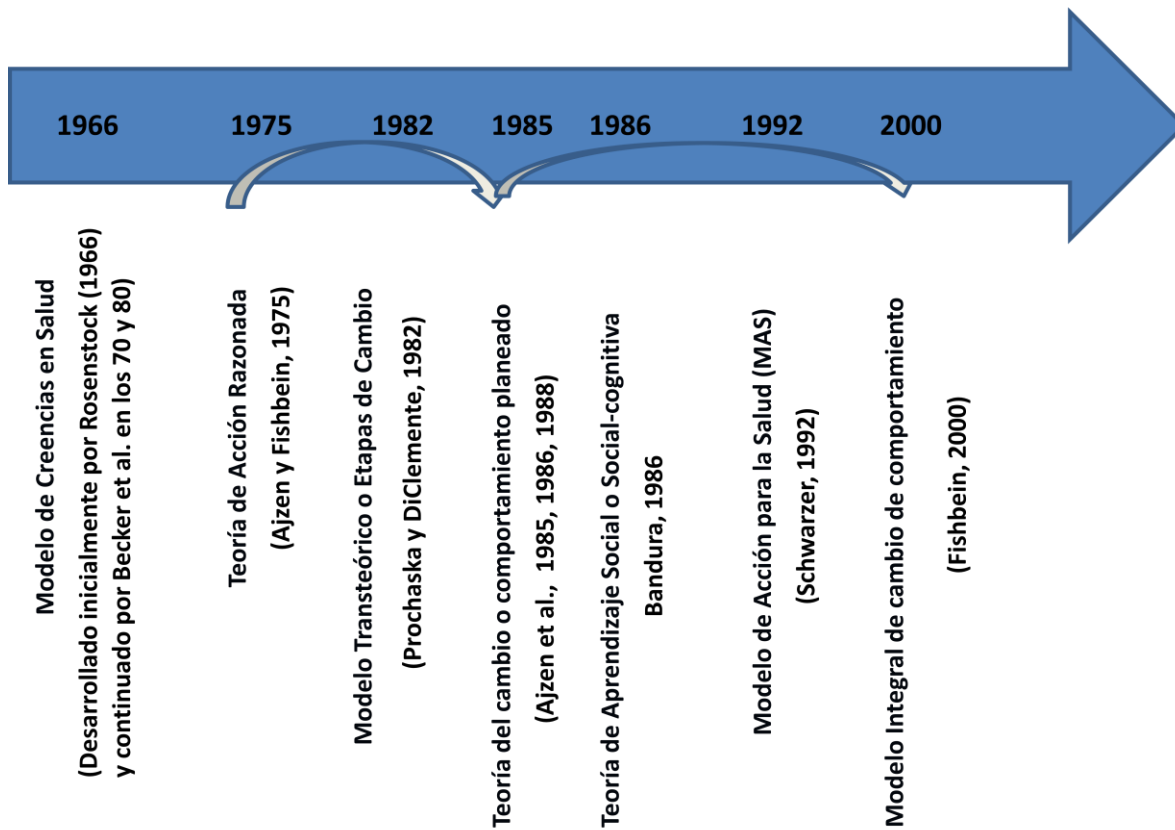
Cuando se revisa la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y específicamente la definición de promoción de la salud, se hace patente que la salud es el proceso de la vida misma, así lo señala Saforcada (2014), cuando empieza a abordar la relación entre la psicología y la salud pública.

Esta relación puede identificarse en el tiempo remontándonos a los años 50's cuando surge la inquietud de saber por qué las personas no acudían a realizarse estudios para la detección de cáncer de mama o de próstata, siendo que el servicio era gratuito. Es así que durante esta década, Mayhew Derryberry creó la división de estudios de la conducta en la oficina de educación para la salud del servicio de salud pública de Estados Unidos, donde trabajaron en conjunto cuatro psicólogos sociales, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventha e Irwin Rosentock, quienes desarrollaron el Modelo de Creencias en Salud (MCS), mismo que dio inicio a una serie de desarrollos teóricos con la intención de cambiar el comportamiento en salud de los individuos. Cabe mencionar que este grupo de psicólogos basó parte del MCS en el trabajo de Kurt Lewin sobre la motivación y su relación con el comportamiento. Por ejemplo,

Lewin trabajó el tema de salud a través de la alimentación promoviendo el consumo de hígados de pollo (Cabrera, 2001).

De esta manera, el desarrollo de teorías y modelos de cambio de comportamiento aplicados a la salud ha seguido un camino paralelo al desarrollo de la propia psicología. La Figura 1 muestra diversos desarrollos teóricos a través del tiempo.

Figura 1. Teorías y Modelos de cambio de comportamiento a través del tiempo



Fuente: Elaboración propia



La figura muestra algunos de los modelos y teorías de cambio de comportamientos más utilizados en el campo de la salud, mostrando en un inicio al MCS, seguido por la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Ajzen y Fishbein en 1975. Lo interesante de esta última teoría es que ha seguido un camino claro en su desarrollo convirtiéndose después de la Teoría del comportamiento planeado y después en el Modelo Integral de Cambio de Comportamiento. Paralelamente a dichos modelos, se encuentra el propio desarrollo de la Psicología de la Salud.

De acuerdo a Hernández (2005) La Psicología de la Salud surge en Cuba a finales de los años 60's. Emerge como un campo que puede aportar soluciones a problemas de la salud pública contemporánea, a aquellos a los que el tradicional modelo biomédico no ha podido dar respuesta. Se trata de un modelo biopsicosocial que incorpora variables psicológicas y sociales para la comprensión del proceso salud-enfermedad. Los primeros trabajos en este campo en México aparecen entre 1982 y 1983.

Esta disciplina no se ha desarrollado al margen del propio desarrollo de la Psicología y a pesar de que aún existen puntos controversiales en su campo, existe la coincidencia en señalar como sus grandes encuadres de partida a la Psicología Clínica, que trata de aplicar los principios de la Psicología para la prevención y tratamiento a nivel individual; la Psicología Conductual, que para explicar la enfermedad toma en cuenta factores psicosociales, sin embargo, sus intervenciones son preferentemente individuales de corte conductual; y la Psicología Social Comunitaria que enfatiza las variables psicosociales para comprender y solucionar los problemas desde un punto de vista social-comunitario. (Hernández, 2005)

Mary Jane P. Spink (2010), hace énfasis en que las prácticas sanitarias están relacionadas con la comunicación y dada esta característica es necesaria la comprensión de los significados de salud-enfermedad, mismos que implican una acción determinada, es decir, una práctica discursiva. Esta autora recalca que la salud ha sido asumida históricamente como un derecho, por lo que su abordaje debe hacerse desde un punto de vista etopolítico, donde sería responsabilidad de la psicología social con un enfoque crítico el comprender las formas de cuidado medicalizado presente en la vida de las personas. Este planteamiento concuerda con el paradigma de la Psicología Comunitaria al enfatizar la importancia de lo ético y político en el campo de la salud.

Asimismo, la *American Psychological Association* (APA) destaca que entre las atribuciones de la Psicología de la Salud se encuentran la investigación, comprensión e intervención que tiendan a mejorar la calidad de vida de personas que vivan con alguna condición crónica de salud, además de realizar estos estudios en el campo comunitario y de la salud pública. (Werner, 2002)

### **2.3 Promoción de la salud y su enfoque crítico**

En 1978 tiene lugar la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata, URSS. En dicha conferencia se plantea la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, que involucre a todos los gobiernos, personal de salud y comunidades. En esta declaración se reconoce la grave desigualdad existente en la salud de la población, por lo que uno de los principios eje de la es la justicia social. Asimismo, se plantea la salud como un derecho, en donde se busca que las personas participen individual y colectivamente en su atención. (OPS, 2012)

A partir de la Declaración de Alma-Ata, han tenido lugar otras conferencias (Ottawa, 1986; Adelaida, 1988; Sundswall, 1991; Yakarta, 1997; México D.F., Nairobi, 2009; Helsinki, 2013 y Shangai, 2016), entre las cuales cabe destacar la definición de promoción de la salud que establece la Carta de Ottawa (1986):

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

(pp. 1)

Esto hace que la salud ahora sea percibida como el reflejo del día a día de los individuos y no como el fin último. De este modo la salud ya no es solamente tema del sector salud, sino también de las personas. Fundamentalmente, la Promoción de la Salud implica la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

A partir de las diversas conferencias de promoción de la salud Werner (2002) sintetiza los principales tópicos que se han desarrollado (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales tópicos de las conferencias de promoción de la salud

<p>Crear oportunidades que favorezcan la autonomía de las personas para la toma de decisiones relacionadas a su vida, lo que se traduciría en el control de su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diálogo de saberes</li> <li>-Concientización sobre necesidades de salud y análisis crítico de la realidad para la identificación de determinantes de las condiciones de salud</li> <li>-Desarrollo de habilidades personales</li> <li>-Proveer de instrumentos para construir conocimientos y buscar alternativas de solución de problemas, que transformen la vida cotidiana</li> </ul>
<p>Mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito comunitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fortalecer la acción comunitaria y los apoyos sociales</li> <li>-Promover el compromiso social de la población y de gestores sociales</li> <li>-Fortalecimiento de los profesionales de salud con la finalidad de rediseñar los servicios de salud.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en el texto de Werner (2002)

La tabla anterior (Tabla 1) muestra que existen diversos temas presentes en la promoción de la salud que son afines al quehacer de la psicología comunitaria, dos elementos son clave en esta relación, por un lado, la autonomía de las personas para el control de su salud y por el otro mejorar las condiciones de vida en el ámbito comunitario.

De acuerdo a Tones & Green (2004), la promoción de la salud sienta sus bases en la definición de salud que se asume, siendo esta una definición en sí misma controversial e implicada en significados socialmente contruidos. Sin embargo, un elemento a considerar es el que las diversas declaraciones y conferencias asumen la salud como un derecho, por lo que es un concepto que conlleva una dimensión política. En ésta misma línea es que se relaciona la

promoción de la salud con el termino de control y aquello a lo que se refiere el termino, encontrando que desde un enfoque de salud positiva el empowerment es un concepto se coloca como una posibilidad que facilite que la salud sea traducida en las posibilidades presentes en la vida cotidiana.

Por otro lado, Consuelo Chapela (2010) ha desarrollado una perspectiva crítica de la Promoción de la Salud a la que ha denominado Promoción de la Salud Emancipadora. Desde ésta perspectiva se asume que el vivir con cierta condición de salud no implica en sí mismo un malestar o “disfuncionalidad”, si no que esto responde a las condiciones sociales de existencia. Asimismo, menciona que las acciones de Promoción de la Salud –excepto los de auto-promoción- provienen de agentes externos que imponen una idea de necesidad de intervención – en la vida material del otro/a- en donde el propio agente externo indica que debe llevarse a cabo, lo que transforma los significados de las personas en relación al tema de salud. Lo anterior propicia la modificación de patrones de necesidades, así como demandas de bienes y servicios, aspectos que se inscriben en los cuerpos de las personas. Esta perspectiva brinda elementos para reflexionar acerca del poder en la promoción de la salud, asumiéndola como una práctica social compleja y contradictoria, ya que por un lado se busca que las personas sean activas en el control de su salud y por el otro lado en la práctica se les subordina a los intereses del agente externo.

Ante este panorama, la autora propone que solo a través de procesos reflexivos críticos es posible una promoción de la salud que beneficie realmente a las personas y no sean solo beneficiarios discursivos. En esta última idea se enmarca la utopía emancipadora de la promoción de la salud, donde cada persona a través de la reflexión crítica e inseparable de su

dimensión histórica sea capaz de producir su espacio y labrar su cuerpo. De esta manera, Chapela (2010) retoma su definición de salud como la “capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables”. (pp.100)

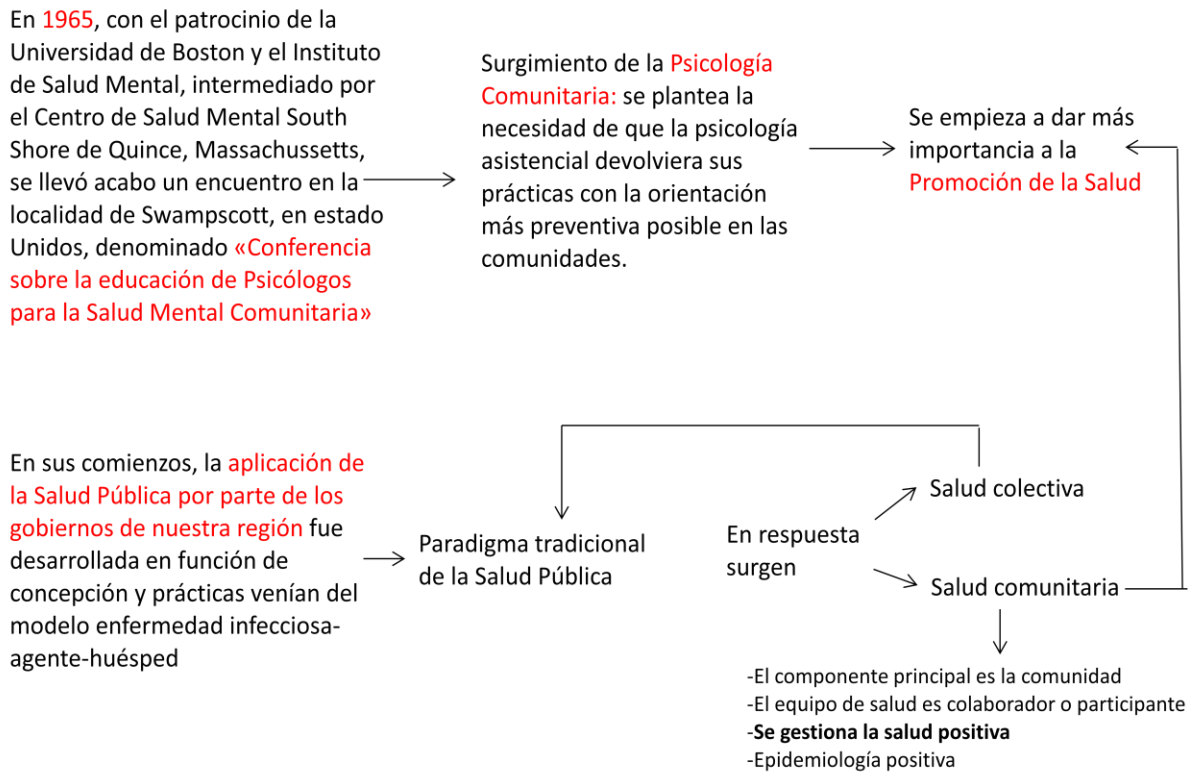
En el planteamiento de Chapela, la salud es una capacidad de ser y proyectarse a futuro, lo que le imprime más fuerza a la consideración de que la salud no es la finalidad sino la riqueza de la vida cotidiana. Asimismo, expone la importancia de reflexionar acerca de los beneficios reales y no solo discursivos de las prácticas Promoción de la Salud, colocando al autocuidado como ese espacio desde el cual sería posible una Promoción de la Salud desde un enfoque crítico. Con lo anterior se observa que la definición de salud que se asume en el campo-práctica de la Promoción de la Salud constituye una guía para la reflexión y la acción. Esto también ocurre a nivel de los individuos, de acuerdo al estudio realizado por Medina López, Díaz Pinzón, Barrientos González, & Peña Martínez (2009) la definición de salud que una persona tiene para sí mismo/a es más importante que las definiciones enunciadas por las instancias oficiales, específicamente en personas con DM2 su percepción de salud es un elemento que motiva comportamientos benéficos, por lo que proponerles acciones corresponsables que la consideren podría traducirse en retrasar o evitar complicaciones. Partiendo de esto, el control que una persona tiene sobre su salud corresponde a la forma en la que define y la posibilidad que tiene de ejercer su autonomía y acceder a espacios que le procuren un papel en la decisión sobre su cuidado.

## **2.4 Psicología y salud pública: la propuesta de la psicología de la salud comunitaria**

La Salud Pública convencional surge como una rama de la medicina en el marco de la expansión capitalista, se constituyó como una disciplina para el control de enfermedades en estrecha relación con las políticas estatales. Sin embargo, actualmente queda limitada para resolver problemáticas de salud como las enfermedades crónicas, de ahí la necesidad de incorporar perspectivas teóricas que apoyen en la comprensión de la salud en términos de su complejidad. (Valencia, 2011)

Entre las perspectivas teóricas que aportan en el campo de la salud pública se encuentra la Psicología Comunitaria, la cual surge coincidentemente con el llamado *Paradigma de la Salud Comunitaria*. Su punto de convergencia lo constituye la crítica al modelo médico usado en la psicología. (Ver Figura 2)

Figura 2. Surgimiento del paradigma de la Salud Comunitaria



Fuente: Elaboración propia con base en el texto de Soforcada (2014)

La figura anterior muestra por un lado que las prácticas de salud pública en América Latina vienen de un modelo de enfermedad, aspectos que Jaime Breilh (2013) ha señalado en su obra basada en un enfoque de epidemiología crítica. Sin embargo, en la conferencia de Swampscott, donde surge la Psicología Comunitaria, se abre un espacio de reconocimiento y reflexión de la pertinencia de la orientación comunitaria, desde donde la Promoción de la Salud adquiere relevancia ligada a una perspectiva de salud comunitaria. Otra de las alternativas que surgen a partir de la crítica al paradigma de la salud pública convencional es la salud colectiva, sin embargo, la problemática que ha presentado esta perspectiva es que no ha logrado desmarcarse de su origen médico, mientras que la salud comunitaria ha permitido asumir más



claramente a la comunidad como su componente principal, desde donde se gestiona la salud positiva.

Esta nueva mirada a la salud, llamado *Paradigma de la salud comunitaria* se ha gestado desde hace aproximadamente diez años ha surgido del aprendizaje de experiencias de trabajo comunitario en contextos diversos, pero sobre todo de exclusión y pobreza estructural, es decir, del pueblo y no de las superestructuras. Parte de la no separación de la mente y el cuerpo, se ha gestado, sobre todo, desde la psicología con apertura y flexibilidad a partir de lo cual se han abierto los oídos a los saberes populares y finalmente ha aportado con su trabajo a procesos de fortalecimiento, en otras palabras, al empowerment. Asimismo, este paradigma reconoce el aporte de la psicología comunitaria en el campo de la salud a través de (Soforcada, 2014):

- 1). El trabajo en comunidades en relación directa o indirecta en temas de salud;
- 2). El trabajo desde la protección y la promoción de la salud y no desde lo no dañado, constituye uno de los enfoques más actuales en salud pública;
- 3). El enfoque comunitario de la psicología de la salud en donde se enfatiza en la participación plena de las comunidades en la prevención, protección y promoción de la salud.

Pimentel (2015) expone la pertinencia de la Salud Comunitaria como una estrategia de los Servicios de Salud, sin embargo, refiere la importancia de reflexionar en torno a los conceptos de salud y comunidad, a partir de lo que señala la importancia de que las intervenciones en salud se realicen desde la comunidad, en donde se reconozca los conocimientos de sus miembros para la comprensión de la problemática y la generación de alternativas.

Lo presentado en este apartado vincula el desarrollo de la Psicología Comunitaria con el paradigma de la salud comunitaria, elementos que coinciden y a su vez aportan a la Promoción de la Salud y a la Salud Pública. En el centro se encuentra apostar por el reconocimiento del poder de decisión de la sociedad sobre su salud, es decir, de quienes viven día con día con alguna condición de salud o circunstancia que la determine. En este sentido, la presente tesis se asume desde la posibilidad de asumir a la psicología como una Psicología de la Salud Comunitaria.

## **2.5 Bienestar y salud**

Desde hace un par de décadas el estudio de la salud se ha ampliado con la incorporación del estudio de factores positivos involucrados en la salud y bienestar. Se sabe que estados positivos a nivel psicológico pueden tener influencia en la aparición de algunas condiciones de salud y también en los procesos de recuperación. Entre los recursos con los que cuentan las personas para hacer frente a su condición de salud se encuentran un sentimiento positivo hacia sí mismo/a, sentimiento de control personal y una visión optimista de futuro. (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009)

De acuerdo a Blanco (2007) la Psicología en el sentido teórico y aplicado se trata de una ciencia orientada a la búsqueda del bienestar tanto de personas, como de grupos y comunidades en contextos determinados. De esta manera plantea una Psicología sin adjetivos ligada al concepto de bienestar, que ha sido interés de las Ciencias Sociales desde tiempo atrás, a través de la preocupación por los cambios sociales y sus implicaciones para la vida de las personas. Algunos de los autores que se ubican en esta tradición de pensamiento son Augusto Comte, Emilio Durkheim, Max Weber, Carlos Marx, Fernando Tönnies. En este sentido, el autor

reflexiona en torno al principio de emancipación, ya que se trata de un elemento necesario para la búsqueda de escenarios de intervención en búsqueda de ese bienestar, ya que, se señala que en la actualidad una perspectiva desde la enfermedad o la reducción de males resulta insuficiente, mientras lo que tendría que ser la base de las intervenciones es la creación de condiciones, personales y sociales que favorezcan el bienestar. Con base en esta idea se retoma la relación que tienen estos escenarios de acción de la Psicología con la noción de salud, es decir, con el modelo establecido de hacer y entender la salud, entendiendo a la salud como lo establece la Organización Mundial de la Salud en 1948, asumiéndola como un estado de bienestar en las dimensiones de lo físico, social y psicológico y no solamente como la ausencia de enfermedad. (Blanco, 2007)

Durante las décadas de 1980 y 1990 surge una preocupación cada vez mayor por los temas de felicidad y bienestar. En estos estudios se distinguen tres tradiciones, la edónica, la de auto-realización (eudaimonica) y la del bienestar social.

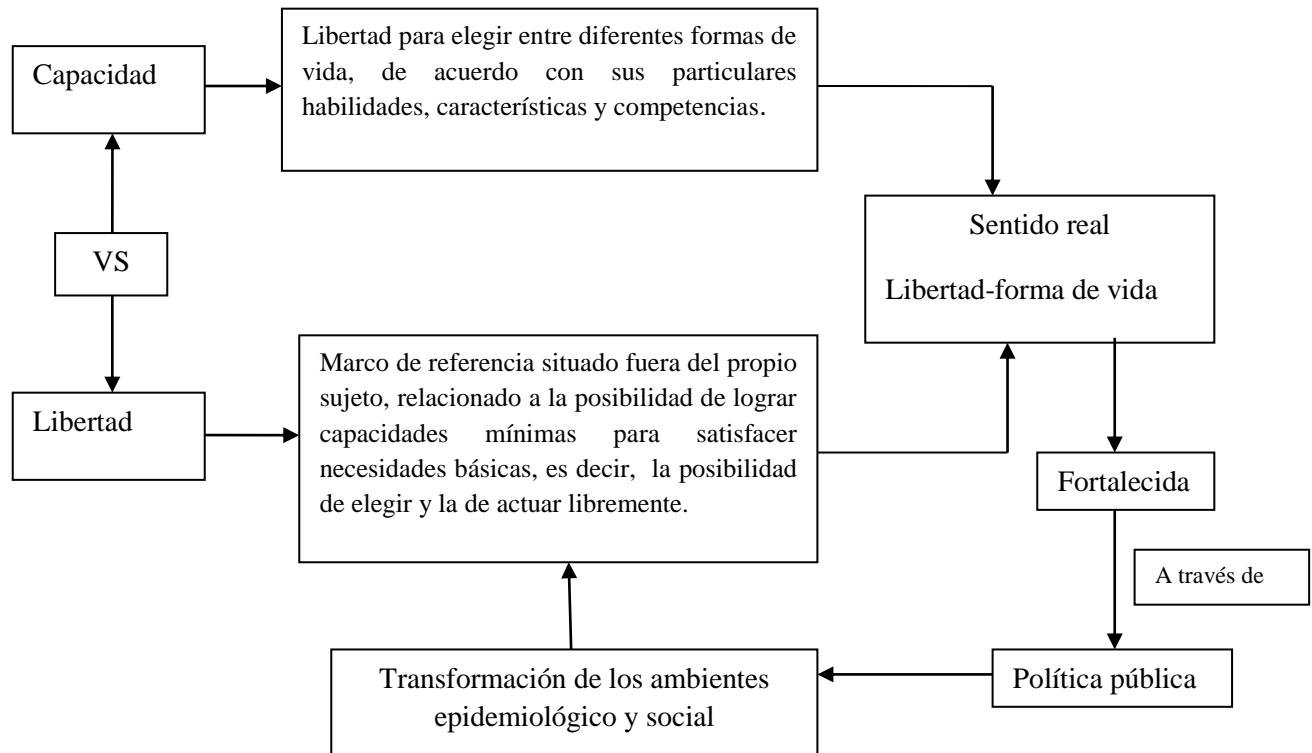
En tradición hedónica se encuentra a Ed Diener como uno de sus mayores representantes y se retoman las experiencias emocionales tanto positivas, como negativas como marco de referencia para la satisfacción de la vida. Blanco (2007) presenta la siguiente definición de Diener “El bienestar subjetivo se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida. Estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales a acontecimientos como juicios sobre satisfacción y logro. El bienestar subjetivo es, pues, un concepto amplio que incluye la experiencia de emociones agradables, bajo nivel de emociones negativas y alto nivel de satisfacción con la vida” (pp. 15).

Por otro lado, se encuentra la tradición en torno a la auto-realización, que se interesa por el desarrollo de capacidades y crecimiento personal como indicadores de funcionamiento positivo. Las principales ideas que lo sustentan son las de Maslow y Rogers. (Blanco, 2007)

En tercer lugar, la tradición del bienestar social donde se encuentra para el estudio del bienestar el supuesto del sujeto dentro de su contexto, que en palabras de Blanco (2007) es “un sujeto socio-histórico inserto dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea donde busca encontrar el sentido de su vida.” (pp. 17)

Este sujeto socio-histórico es del que habla Amartya Sen, Premio Nóbel de Economía en 1998 y de quien Blanco (2007) enfatiza la distinción que hace entre la capacidad para el bienestar y la libertad para el bienestar, misma que se muestra en la siguiente figura. (Ver Figura 3)

Figura 3. Capacidad vs libertad en relación con el bienestar



Fuente: Elaboración propia con base en Blanco (2007)

En la Figura 3, se observa que Sen distingue que no solo basta con la capacidad para el bienestar, sino también con la libertad para el bienestar y en este sentido la transformación del panorama epidemiológico se asienta también en políticas públicas orientadas al bienestar, mismo que enmarca esta posibilidad de decisión y/o libertad sobre la vida misma.

Siguiendo el recorrido por el bienestar Blanco (2007) presenta una tabla que sintetiza los elementos que conforman los modelos antes expuestos. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Dimensiones del bienestar

<b>Bienestar subjetivo</b>	<b>Bienestar psicológico</b>	<b>Bienestar social</b>
<p>1. <i>Satisfacción</i>: juicio o evaluación global de los diversos aspectos que una persona considera importantes en su vida.</p> <p>2. <i>Afecto positivo</i>: resultado de una experiencia emocional placentera ante una determinada situación vital.</p> <p>3. <i>Afecto negativo</i>: resultado de una experiencia emocional negativa ante una determinada situación vital.</p>	<p>a) <i>Auto-aceptación</i>: sentirse bien consigo mismo, actitudes positivas hacia uno mismo.</p> <p>b) <i>Relaciones positivas con los otros</i>: mantenimiento de relaciones estables y confiables.</p> <p>c) <i>Autonomía</i>: capacidad para mantener sus convicciones (autodeterminación), y su independencia y autoridad personal.</p> <p>d) <i>Dominio del entorno</i>: habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.</p> <p>e) <i>Objetivos vitales</i> que permitan dar sentido a la vida.</p> <p>f) <i>Crecimiento personal</i>: empeño por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona.</p>	<p>1. <i>Integración social</i>: sentimiento de pertenencia, establecimiento de lazos sociales.</p> <p>2. <i>Aceptación social</i>: confianza en los otros y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.</p> <p>3. <i>Contribución social</i>: sentimiento de utilidad, de ser capaces de aportar algo a la sociedad en que vivimos. Auto-eficacia.</p> <p>4. <i>Actualización social</i>: Confianza en el futuro de la sociedad, en su capacidad para producir condiciones que favorezcan el bienestar.</p> <p>5. <i>Coherencia social</i>: confianza en la capacidad para comprender la dinámica y el funcionamiento del mundo en el que nos ha tocado vivir.</p>

Fuente: Blanco (2007)

Blanco (2007), refiere la importancia de estos para el abordaje del bienestar y también enfatiza la estrecha relación entre la salud y el bienestar.

No cabe duda de que estas tres propuestas sobre el bienestar merecen toda nuestra atención, y de entre las muchas posibilidades que nos ofrecen hay un aspecto que nos interesa sobremanera reseñar: la relación del bienestar con un constructo de amplio recorrido en la Psicología como es el concepto de salud, que tiene como protagonista a un sujeto activo y socio-histórico. Así, pues, cuando hablamos de bienestar estamos hablando lisa y llanamente de salud, bien que de una salud que, como dejábamos

constancia hace ya algunos párrafos, no es el simple reverso de la enfermedad y no se define por la ausencia de malestar. (pp. 19)

Esto nos pone en sintonía con lo que se ha mencionado antes en el presente documento, que es que la perspectiva de salud que se asume enmarca el hacer de la psicología, que a su vez está atravesada por una orientación de bienestar cuyo interés central se ubica en la concepción de ser y estar en un contexto socio-histórico determinado. En este sentido, Blanco (2007) identifica la necesidad de un modelo de intervención centrado en el cambio social, en aquellas condiciones externas que afectan el bienestar de las personas, esto bajo los supuestos, de: 1). Un modelo de sujeto socio-histórico y activo; 2). Un modelo de centrado en el bienestar y alejado de la enfermedad y; 3). Un dominio de actuación no solo psicológico-individual (interno), sino psicosocial (modelo de relación sujeto-medio) comprometido con el cambio social. En estos supuestos es posible ubicar una orientación basada en una Psicología Positiva que es afín a la propuesta de salud de la OMS y al mismo tiempo nos remite al paradigma de salud comunitaria.

### **2.5.1 Bienestar psicológico, autonomía y agencia de autocuidado.**

Por otro lado, retomando los dominios de los que habla Blanco (2007) expuestos en la Tabla 3, se identifica dentro de la perspectiva eudaimónica en el estudio del bienestar la aportación de Carol Ryff, quien argumenta que las medidas de bienestar han carecido de bases teóricas en su historia. Esta autora propone el término de bienestar psicológico para distinguirlo del bienestar subjetivo que proviene de la perspectiva edonista. En este sentido, define el bienestar como el desarrollo del potencial de uno mismo/a, por lo tanto, la felicidad o el

bienestar psicológico no se plantea como el motivo principal, sino una vida bien vivida, lo que coincide nuevamente con la propuesta de la Promoción de la Salud en cuanto concebir a la salud no como el fin último sino algo que adquiere sentido en el día a día de las personas. Con base en esto Ryff propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico, donde reconoce que cada dimensión constituye un reto y se distingue por personas con las siguientes características: (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009):

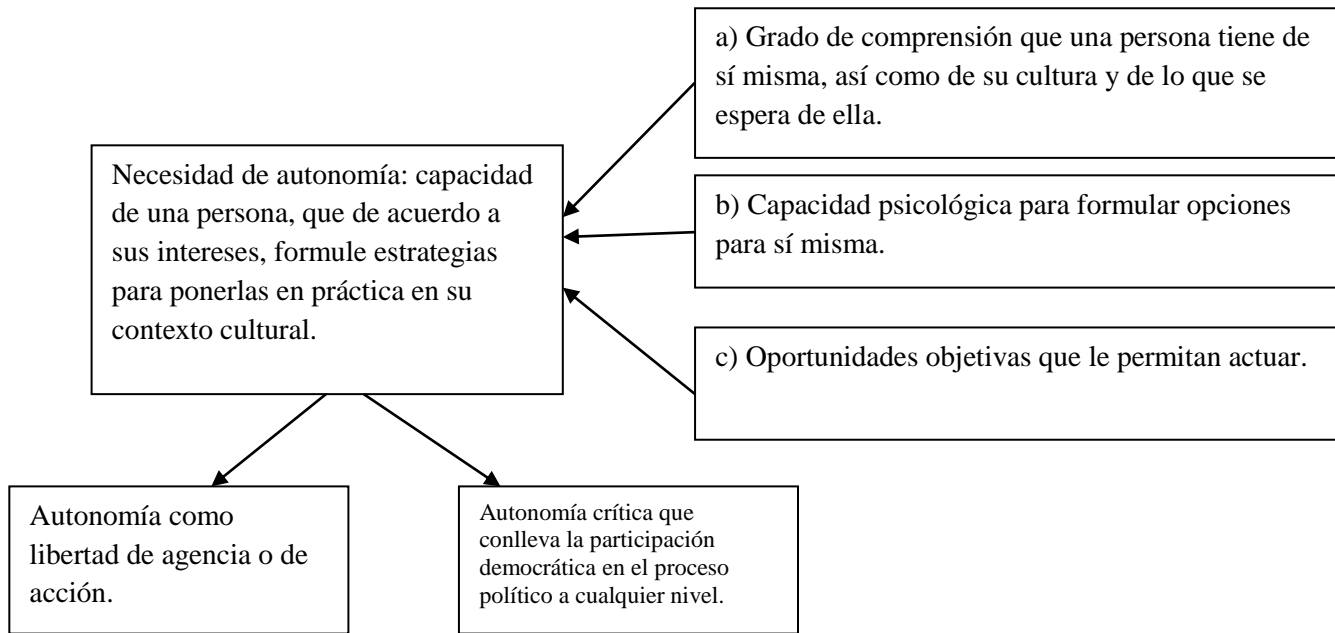
- a). Autoaceptación. Tienen un sentimiento positivo hacia sí mismas, es decir, se sienten bien consigo mismas aún estando conscientes de tener alguna limitación.
- b). Relaciones positivas con los otros/as. Desarrollan y mantienen relaciones cercanas y cálidas con otros/as.
- c). Control ambiental. Modifican y/o dan forma al medio para satisfacer sus necesidades y deseos.
- d). Autonomía. Tienen un sentido marcado de individualidad y de libertad personal.
- e). Propósito de vida. Tienen un propósito hacia donde dirigen sus esfuerzos y retos.
- f). Crecimiento personal. Cuentan con una dinámica constante de aprendizaje y desarrollo de capacidades.

El modelo de Ryff coincide en la dimensión de la autonomía cuando Blanco (2007) retoma la propuesta de Doyal y Gough acerca de la existencia de dos necesidades que pueden ser consideradas universales: 1) la necesidad de la salud física, ya que es necesario contar con un mínimo de salud para desenvolverse en las actividades del día a día y; 2) la necesidad de autonomía, que hace referencia a la capacidad de una persona, que de acuerdo a sus intereses,



formule estrategias para ponerlas en práctica en su contexto cultural, misma que se ve afectada por tres variables que se muestran en la figura 4.

Figura 4. Necesidad de autonomía



Fuente: Elaboración propia a partir del texto de Blanco (2007)

Como vemos en la figura anterior la autonomía se presenta como una necesidad universal y depende de la comprensión que la persona tiene de sí misma y su relación con el entorno, su capacidad psicológica para encontrar opciones, pero también de las oportunidades concretas a las que tenga acceso de acuerdo a su contexto, aspecto relacionado con la libertad para el bienestar. Asimismo, se observa que esta necesidad de autonomía es la capacidad que tiene una persona de formular estrategias que pueda poner en práctica y sean acordes a su contexto cultural, aspectos que pueden ligarse con la propuesta de Ryff en el sentido de que el bienestar adquiere sentido en el vivir bien. Estas prácticas tienen dos dimensiones, la autonomía de agencia o de acción y la autonomía crítica que se relaciona con la participación democrática.

En contrase con esta necesidad de autonomía, se documenta un estudio cualitativo realizado en Brasil que concluye que a pesar del avance de las políticas públicas las personas con diabetes no hacen uso de sus derechos en los servicios de salud, siendo que un derecho fundamental es tener información que les permita tomar la mejor decisión en cuanto a su tratamiento y cuidado de manera autónoma. (Barbosa dos Santos, de Sousa Teixeira, Zanetti, dos Santos, & Alves Pereira, 2011)

Asimismo, se documenta un estudio realizado en población mexicana cuyo objetivo consistió en analizar la capacidad predictiva de características personales y factores sociodemográficos sobre el bienestar subjetivo y psicológico. Dicho estudio concluye que la autoestima es un predictor potente para los dos tipos de bienestar, sin embargo, también se destaca la necesidad de políticas públicas que promuevana la generación de condiciones de vida adecuadas, sobre todo en términos de educación y desigualdad, para promover el bienestar en las personas. (González-Villalobos & Marrero, 2017)

De acuerdo a Kickbursch (1989), la investigación acerca del autocuidado desde los marcos existentes acerca de la salud y los estilos de vida es una tarea compleja que requiere la incorporación de disciplinas que permitan ampliar la mirada y al mismo tiempo dejar el marco funcionalista a un lado, en el sentido de permitir nuevas reglas teorico-metodológicas. Para dar un ejemplo de esto retoma tres ideas de la propuesta de Giddens, que considera podrían aportar en el estudio del autocuidado, 1). Estudio del autocuidado desde la acción y no desde el comportamiento; 2) La estructura no solo como límite, sino también como posibilidad desde donde se construye la agencia humana a través de la acción, en otras palabras, centrarse en la comprensión de la forma en que se constituye el autocuidado a través de la acción y cómo ésta acción de autocuidado está constituida estructuralmente y; 3). Los conceptos sociológicos

responden a una doble hermenéutica, es decir, que existe un marco de referencia teórico proveniente de la ciencia social, pero a su vez un marco de referencia de los actores sociales, por ende, la tarea primordial del análisis sociológico tendría que ser relacionar ambos significados para desarrollar una base teórica acerca del autocuidado.

El autocuidado y la agencia de autocuidado coinciden en que se fundamentan en la práctica del cuidado de sí mismas de las personas. El autocuidado es una función humana que las personas deben realizar por sí mismas para el mantenimiento de la vida. La teoría de Orem acerca del autocuidado reconoce que el ser humano es capaz de reflexionar y llevar a la práctica la identificación y atención de sus necesidades. Esta autora desarrolló la teoría del déficit del autocuidado, que es un modelo en el que integra la teoría del autocuidado, el déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas en enfermería. Para ella la capacidad de agencia consiste en una capacidad compleja que permite que se realicen actividades de cuidado de sí mismo a lo largo del tiempo. (Achury-Saldaña et al., 2013; Compean-Ortíz et al., 2013)

En relación a la autonomía de agencia o acción como una práctica de cuidado de la salud, se documenta que en 1991 un equipo de educación de la University of Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC) publicó un artículo que planteaba un paradigma distinto para la educación en diabetes, llamado en inglés “*patient empowerment*”, perspectiva que se basa en facilitar que la persona que vive con diabetes descubra y desarrolle sus propios recursos para el cuidado de su salud. (Anderson y Funnell, 2000) Esta perspectiva desde el empowerment, proveniente de la perspectiva psicosocial y ahora llevada al campo de la educación en diabetes refuerza la relación entre las prácticas de autocuidado y el control sobre la propia salud de la que habla la Promoción de la Salud en la carta de Ottawa, y que ahora a través de este capítulo podemos ligar también con el concepto de autonomía.

### Capítulo3. Autocuidado

#### 3.1 La concepción de ser humano y autocuidado

Históricamente el cuidado ha acompañado a los seres humanos dado su carácter inherente a su supervivencia, en otras palabras, es lo que ha permitido vivir tanto a personas como a grupos. De acuerdo a Uribe (1999) cuidar representa los actos de vida que buscan que ésta se mantenga y desarrolle. Además, señala que la forma de cuidado es un legado o patrimonio que se ha construido a través del tiempo, es decir, de la historia, en donde han tenido lugar prácticas, rituales, significados, responsabilidades asumidas, así como posturas científicas, lo anterior ligado por supuesto a nociones de cuidado de la vida y la salud.

En este tenor encontramos a los griegos, para quienes resultaba muy importante la noción de cuidar no solo el cuerpo sino también el alma, por lo que su visión del ser humano puede ser considerada como integral, en su cuidado incluían por un lado la satisfacción mesurada de necesidades, ejercicios físicos, entre otros y al mismo tiempo valoraban e incluían en sus vidas la meditación, conversación, reflexión, etc. Para ellos la clave era evitar los excesos, por lo que el autocontrol se consideraba como parte del cuidado a sí mismos. Posteriormente la influencia de la tradición judeo-cristiana trajo consigo un cambio en el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, esto derivado de la idea de castidad, esto llevó a hacer énfasis en cuidados centrados en espíritu, prestando menos atención a los cuidados corporales. A continuación, otro de los hitos que se encuentran en la historia son los avances tecnológicos y científicos, sobre todo los relacionados con la medicina, mismos que tuvieron una influencia en la noción y forma de promover el cuidado. Es a partir de este último punto que se empieza a

conceptualizar el cuidado en dos sentidos -mismos que provienen de la lengua inglesa-, por un lado, encontramos a los cuidados que se ubican como de costumbre y se relacionan con la palabra *care* y por otro lado encontramos aquellos ubicados desde la curación y relacionados con la palabra *cure*. (Uribe, 1999)

Tabla 3. Conceptualización del autocuidado

Conceptualización del autocuidado					
Palabra inglesa	Idea que subyace al concepto		Uso	Ámbitos de desarrollo	Perspectiva de quien ejerce el autocuidado
Care	Costumbre	Funciones de conservación y continuación de la vida	Cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida.	Proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización	Individuo autónomo
Cure	Curación	Necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida	Son utilizados para el tratamiento de la enfermedad, se suman a los cuidados habituales.	Tratamientos de tipo terapéutico.	Paciente

Fuente: Elaboración propia a partir del texto de Uribe (1999)

Como se puede observar en la tabla 3, la conceptualización de autocuidado se complejiza a través de la distinción entre lo que una persona aprende y lleva a cabo para cuidar de sí mismo en su vida diaria y por otro lado la noción de cuidado desde la curación y relacionada con el tratamiento terapéutico. A partir de esto se tiene la perspectiva de un individuo autónomo que aprende a cuidarse a través de su vida y por otro lado el paciente que lleva a cabo prescripciones médicas.

Uribe (1999) señala que dos razones que influyeron desde el campo de la medicina, tanto en el concepto como en las prácticas de autocuidado, el primer lugar se encuentra el diseño de un sistema de salud centrado en la curación de la enfermedad y no en la promoción de la salud y; en segundo lugar, la separación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones, así como del cuerpo y lo espiritual. Ambos aspectos sientan las bases para el uso indistinto de los términos cuidar y tratar.

Este entremezclamiento del cuidado y el tratamiento ha sido al mismo tiempo orientado por los conceptos de prevención y promoción, que de acuerdo a Uribe (1999) han sido utilizados indistintamente. Lo relevante en este punto es resaltar que como consecuencia de ello se piensa en comportamientos anticipatorios para evitar que se presente alguna condición de salud crónica degenerativa. Esto ha llevado a que la educación en salud se centre en buscar la modificación de estilos de vida basándose en mensajes prohibitivos, restrictivos y hasta de regaño cuando las personas no hacen lo que “deben hacer” para cuidar de su salud. (Uribe, 1999)

Se señala que no es que se demerite el trabajo que se lleva a cabo desde estos programas, sin embargo, se hace énfasis en cómo esto coloca el concepto de persona vinculado a la enfermedad o factor de riesgo, lo que desdibuja la perspectiva de ser integral. Esto pone orienta la práctica sanitaria a la enfermedad, perdiendo de vista la vida y sus expresiones. De ahí que se sostiene la importancia de profundizar en el concepto de cuidado y autocuidado, ya que implícitamente se está hablando de un concepto de ser humano, mismo que pudiera reflejarse en otros ámbitos de la vida como un ser fragmentado, desdibujado, como expone la autora, ya que

lo que predomina es el conocimiento “médico-especializado” frente al saber de quién tiene la experiencia de vivir con una condición de salud determinada. (Uribe, 1999)

Esta diferenciación de conocimiento y saber en el campo de la salud también permea los conceptos de promoción y prevención, ya que, si bien es cierto que ambos tienen como meta la salud de las personas, la prevención se sitúa desde la enfermedad limitada por la muerte, mientras que, al contrario, la promoción entiende a la salud como un camino, como estado de bienestar del día a día de las personas, es decir, desde el ámbito de lo cotidiano. En este sentido, la promoción de la salud se relaciona con políticas públicas saludables, el entorno de vida de las personas, el desarrollo de habilidades personales y el fortalecimiento de la acción comunitaria destacando el papel activo de las personas en la solución de las problemáticas que afectan en su salud. Mientras que por otro lado el sistema centrado en la curación, además de costoso, ha desvalorizado los saberes cotidianos que dan respuestas favorables al cuidado integral de cuerpo. (Uribe, 1999)

Esta centralidad de la curación se liga más a un seguimiento de tratamiento que a lo que implica la vida con cierta condición de salud, en donde la persona tiene que tomar múltiples decisiones en sus diferentes ámbitos de desarrollo y a su vez hacerlo desde las condiciones sociales en la que se da su experiencia de vida.

Estos cuidados relacionados más a la curación no promueven el sentido activo de las personas, sino una especie de mantenimiento y a decir de Colliere citado por Uribe (1999) se aniquilan las fuerzas vivas de la persona, o sea, todo aquello que le hace querer y reaccionar ya

que se agotan las fuentes de energía vital sean éstas de naturaleza física, afectiva o social, lo que provoca un adormecimiento frente a la responsabilidad del cuidado de la vida. De esta manera pensar el vivir con una condición de salud desde la mirada curativa *-cure-* tiene un efecto en el individuo autónomo que desde la mirada del cuidado *-care-* se busca construir.

Como se ha revisado hasta el momento, el autocuidado responde a una perspectiva de ser humano, quien lleva a cabo prácticas para su sobrevivencia en el día a día en el marco de condiciones sociales determinadas. De ahí que sea necesario contar con referentes teóricos tanto de estos aspectos sociales, como de aspectos psicosociales que ayuden a la comprensión de prácticas de autocuidado específicas en el marco de lo cotidiano, que es donde tiene lugar la experiencia de vida.

### **3.2 El estudio del autocuidado**

De acuerdo a Rodríguez (2000) el autocuidado consiste en una serie de prácticas que los individuos realizan en pro de su salud y es en lo cotidiano donde adquieren forma. Por otro lado, Romero (2010) lo define como prácticas llevadas a cabo por personas y/o familias, las cuáles conllevan comportamientos positivos, en términos de prevención y tratamiento de condiciones de salud; al mismo tiempo que reconoce al autocuidado como una función que los individuos usan para regularse, con la finalidad de mantener sus requisitos vitales, de desarrollo y funcionamiento integral. En este sentido la habilidad para ejercer el autocuidado se construye y fortalece en el día a día mediante procesos de aprendizaje, curiosidad, instrucción y acompañamiento de otras personas, formando así parte del estilo de vida enmarcado en pautas sociales de conducta que reflejan procesos de interacción entre los individuos y su medio social.



En concreto, el autocuidado se comprende desde sus prácticas insertas en condiciones sociales específicas, mismas que toman forma en el marco del cotidiano de los individuos.

Mercado (2002) menciona que por cumplimiento del tratamiento se comprende la obediencia que tienen los enfermos en términos de la prescripción médica. Sin embargo, esta perspectiva deja de lado lo que las personas enfermas sí hacen en términos de cuidado de la salud, es decir sus acciones o en los términos a los que nos referimos en la tesis, las prácticas de autocuidado. Este autor, a través de su estudio de la experiencia de personas viviendo con diabetes, explica la diferencia que encuentra entre hablar de enfermedad versus padecimiento, encontrando un mayor eco de sentido social de la enfermedad en el término de padecimiento, ya que la enfermedad remite a aspectos puramente biológicos, por lo que propone la utilización del término padecimiento para comprender la manera en que las personas, su familia y red social asumen y responden a los síntomas y lo que implican en la vida diaria.

Dicha propuesta coincide con el trabajo de Hueso (2006), quien profundiza un poco más al presentar tres dimensiones que componen a la enfermedad: 1) Dimensión biológica, vinculada con la palabra inglesa *disease*, que se refiere propiamente a la enfermedad basada en signos y síntomas; 2) Dimensión subjetiva, que se trata de lo que siente la persona con respecto a sus vivencias y efectos en su vida, se relaciona con el término inglés de *illness* y aquí es donde se habla de padecimiento y; 3). Dimensión simbólico-social, vinculada al término en inglés de *sickness*, relacionado a condiciones sociales e históricas de representaciones sociales de estar enfermo y de los profesionales de la salud, el término ayuda a analizar discursos, comportamientos y prácticas sociales ante condiciones de salud (enfermedad) determinadas, ya

que se sería el proceso de socialización del *disease* y del *illness*, por lo que se identifica también como malestar.

El presente trabajo considerará por un lado la dimensión subjetiva de padecimiento, pero también se interesa por la dimensión simbólico-social de malestar, ya que por un lado se busca comprender el significado de las prácticas de autocuidado, pero también las posturas y condiciones sociales que subyacen a estas.

### **3.3 El sentido social del concepto de autocuidado**

El autocuidado se ha ligado de una forma fluida al concepto de salud, sin embargo, es importante señalar algunos aspectos del contexto de su surgimiento para el reconocimiento de su sentido social.

En los 50' y 60's la sociología en el campo de la medicina volcó su interés en la organización del sistema de salud, lo que visibilizó el poder ejercido por el modelo médico. Es así como el concepto de la *medicalización* surge en escena en la obra de Ivan Illich *Némesis médica* de 1975, además de en los estudios históricos de Foucault. Esta postura de crítica al modelo médico predominante se fortaleció en los 70's y para entonces fue acogida por movimientos sociales interesados en el proceso de salud-enfermedad. Un ejemplo de esto es el movimiento feminista, que, preocupado en la medicalización del nacimiento y reproducción, se abanderó con el concepto de autocuidado como la vía para la autonomía. (Kickbusch, 1989)

En los años 70's se dieron movimientos en pro del bienestar y auto-ayuda, sobre todo en Estado Unidos. En esta época tuvo lugar la publicación de una revista titulada "*medical self-care*", que instaba a sus lectores a verse como actores en el campo de la salud y se hablaba de la década de la auto-ayuda. En este sentido, los grupos de auto-ayuda –centrados en el apoyo y aprendizaje- demostraron tener buenos resultados para el afrontamiento de enfermedades crónicas, teniendo resultados también en niveles de independencia y autoestima. Lo anterior dejó ver cómo el apoyo, trabajo en grupos y la visibilización de lo que las personas pueden hacer unas por otras, ayudó a que las personas se sintieran más seguras e interesadas acerca de su condición de salud y consecuentemente en los cuidados que podían brindarse a sí mismos y a otros, es decir se descubre la importancia del autocuidado. (Kickbusch, 1989)

Sin embargo, desde la academia, la idea del autocuidado no tuvo el eco esperado, ya que introducía la idea de que las personas pudieran hacer cosas por sí mismas. En algunas regiones de Europa fue visto como una idea conservadora que podría poner en riesgo el estado de bienestar. Tanto la auto-ayuda como el autocuidado se plantearon como desafíos para el mundo médico, se abrió un intenso debate y fue un tema que interesó a la sociología y a la política, al poner en cuestión si se trataba de un movimiento social y de un tipo de movimiento social. Las preguntas versaban sobre las acciones de las personas sobre su propia salud, la negativa al sometimiento hacia la autoridad médica, las formas de organización y jerarquía. Asimismo, se dieron preocupaciones epistemológicas al cuestionarse acerca del desafío a los conocimientos profesionales. (Kickbusch, 1989)

En este sentido Kickbusch (1989) expone que se trata de un reto no solo de la medicina sino de las ciencias sociales, ya que podría tratarse de un cambio de paradigma dentro de la propia ciencia, un tránsito de la medicina a la salud, de la cura a la prevención, de la atención médica al autocuidado, por lo que se enfatiza que es necesario que la investigación que se realice en torno al autocuidado considere en principio este debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

En este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó a inicios de los 80's una serie de talleres con la finalidad de trabajar en una aproximación alternativa en salud y específicamente en el desarrollo del programa "Lay, community and alternative health cure", a partir de lo cual se integró un documento en donde se define al autocuidado como las actividades y toma de decisiones de salud no organizadas que abarcan la medicación, tratamiento, apoyo social, etc., es decir, el contexto de la vida cotidiana de las personas, por lo que el autocuidado se asume como el principal recurso en el sistema de salud. Acerca de esta definición se advierte que está influenciada por la dicotomía entre la auto-ayuda y autocuidado, es decir entre el sistema médico y el *lay sistem*. Por otro lado, también hace referencia a la aproximación de estilo de vida trabajado desde la OMS en 1983, mismo que lo refiere la necesidad de incluir para su análisis tanto las experiencias individuales como colectivas en condiciones de vida determinadas. Esto coloca como punto central de análisis del autocuidado el sistema social y sus estructuras desde donde las personas pueden ser vistas como agentes activos. De esta manera los comportamientos y las actitudes relacionadas a la salud son considerados como una parte integral de los estilos de vida de una sociedad, grupo o individuo. (Kickbusch, 1989)

En contraste a lo que reconoce la OMS acerca de los estilos de vida en relación a las condiciones sociales, la Epidemiología de los años 70's movió el foco de la acción en salud de la higiene y salud pública a la conducta de los individuos e intervenciones a gran escala, en este contexto el autocuidado es reducido a la adopción de una vida saludable. Esta visión no es compatible con lo que plantea la OMS por lo que Kickbusch (1989) plantea la necesidad de una nueva perspectiva en la salud pública, lo que es congruente con lo mencionado por otros autores a lo que se ha hecho referencia y desde donde se ubica la salud comunitaria como una alternativa.

### **3.4 Las prácticas de autocuidado en el marco de lo cotidiano**

Para la comprensión de las prácticas de autocuidado un primero elemento es el que nos brinda la promoción de la salud, en términos de establecer que la salud y su cuidado cobran vida en el cotidiano, es decir, en el diario vivir de las personas. En este sentido el estudio de la vida cotidiana y de las prácticas son elementos que se desarrollan a continuación.

#### **3. 4. 1 La vida cotidiana.**

La sociología fenomenológica -ubicada dentro de las sociologías de la vida cotidiana- es desarrollada por Alfred Shütz y sus alumnos Berger y Luckman, quienes retomaron sus ideas para continuar con su desarrollo en su obra *Construcción social de la realidad de 1967*. Las raíces de esta sociología se encuentran en la fenomenología de Husserl.

La gran contribución de Shütz es su reflexión acerca del *mundo de la vida*, para cuya comprensión resaltan dos elementos teóricos importantes, 1). Intersubjetividad, que parte de que el mundo subjetivo no es un mundo privado, sino un mundo común, más allá de las interacciones

físicas de las personas, un modo en que las conciencias se comprenden mutuamente, es decir, la forma en la que se relacionan intersubjetivamente, en otras palabras, la conciencia del mundo social y; 2) Tipificaciones y recetas, que son constructos de primer orden del mundo social, las tipificaciones las realizamos rutinariamente y el lenguaje es el principal tipificador, tan es así que las propias personas se auto-tipifican a partir de su situación en el mundo social y sus relaciones con otras personas y los objetos estructurales. Mientras que las tipificaciones sirven técnicamente para comprender o controlar aspectos de la experiencia, por otro lado, las recetas están relacionadas con las situaciones, es decir, tienen que ver con los aspectos rutinarios de la vida cotidiana, de ahí que las recetas se reducen a hábitos culturales que no son cuestionados.

Lo anterior parte del hecho que cualquier situación que se da en el mundo de la vida cotidiana, las acciones vienen determinadas por experiencias anteriores y lo primero que se hace ante situaciones problemáticas es recurrir a nuestras recetas, a las que renunciamos solo si nos damos cuenta que no tienen utilidad para manejar la situación.

De esta manera, el *mundo de la vida*, se trata de un mundo de significados compartidos en el que las personas dan por hecho y no dudan hasta que enfrentan problemáticas. Sus principales características son: a). estado de alerta; b) el actor no duda de su existencia; c). es donde las personas trabajan; d). el self es experimentado de una forma específica; e). implica un mundo intersubjetivo que se ve reflejado en una forma específica de sociabilidad y; f). noción específica del tiempo en donde se da una intersección entre el tiempo personal y el de la sociedad. Por lo tanto, la experiencia es una construcción social organizada por medio de significados que se le da al mundo a través de la acción humana. Es decir, se plantea el mundo de la vida como

intersubjetivo, ya que es en éste que se experimenta, interpreta y es posible generar alternativas ante situaciones imprevistas. De ahí que se habla de la inteligencia práctica como aquella que orienta nuestra actitud natural hacia el mundo de la vida cotidiana y al mismo tiempo se trata de un motivo práctico.

En estos términos, se distingue -desde la dialéctica de la propuesta de Shütz- un acervo social constituido por conocimiento de técnicas que se relacionan con un grado alto de seguridad y se realizan prácticamente sin problemas (por ejemplo, gatear o caminar) y por otro lado un conocimiento útil que resulta más complicado de realizar en situaciones de tensión o emergencia, ya que se requiere pensar en cómo se hace (por ejemplo, tocar la guitarra).

Es central el considerar que los actores nos desenvolvemos de acuerdo a nuestras recetas pero que esto se relaciona también con la idea que tenemos acerca de los supuestos de otros actores, estas impresiones a veces son confirmadas y otras no. Cuando no se confirman obligan a estos actores a echar otra mirada a sus opiniones y modificar su respuesta. Esto último resulta de mucho interés, ya que es una vía para el cambio de las recetas que se tienen asumidas, sin embargo también puede ocurrir que en determinadas situaciones estas modificaciones no son suficientes para conseguir la respuesta esperada, por lo que entonces los actores experimentan confusión y buscan colocarse en situaciones más cómodas que les permitan aplicar las recetas ya conocidas para evitar el costo del proceso psicológico que implica la reflexión en torno a esa situación desconocida.

La obra de Shütz fue retomada y ampliada por sus alumnos Peter Berger y Thomas Luckmann quienes publicaron en 1967 su obra *La construcción social de la realidad*, en donde buscaban complementar el trabajo de Shütz reforzándolo con la psicología social de Mead y complementándola con Marx, Durkheim y Weber. Su intención era la de integrar tanto aspectos macro como micro de la realidad social, desde su perspectiva los individuos son quienes crean a la sociedad y al mismo tiempo son producto de ella.

Berger y Luckmann retoman el concepto de vida cotidiana casi en su totalidad de Shütz, sin embargo consideran que es objetivada por el *leguaje*, lo que le confiere un sentido un tanto más impositivo que en la perspectiva de Shütz. Un importante aporte es que hablan de la *institucionalización* como un proceso que da sentido a la realidad social y en donde las personas desarrollan pautas habituales de acción e interacción en situaciones del día a día, es decir, hábitos sin los cuales sería prácticamente imposible la vida. Asimismo, consideran la institución como un proceso recíproco de tipificación, ya que estas controlan el comportamiento de los actores al establecer pautas de conducta, siendo el transcurrir de la historia, lo que permite a estas instituciones adquirir objetividad, ya que se experimentan como algo con realidad propia, aspecto que se refleja de forma objetiva en las propias biografías de los actores. (Berger & Luckmann, 1968)

Para estos autores la *institucionalización* es un proceso que da sentido a la realidad social y constituye el espacio donde las personas desarrollan pautas habituales de acción e interacción en situaciones del día a día, es decir, hábitos sin los cuales sería prácticamente imposible la vida. Estas prácticas institucionales son validadas a través de un proceso de *legitimación*, que sienta



sus bases tanto en los *roles* que se establecen en este ámbito -que no serían otra cosa más que las tipificaciones de lo esperado socialmente de los actores en situaciones específicas- y en la *reificación* que es considerada como la relación dialéctica entre los actores y lo que producen. (Berger & Luckmann, 1968) De esta manera la *institucionalización* adquiere relevancia en términos de la comprensión de la vida cotidiana, al asumirse como un espacio donde se construyen pautas habituales de comportamiento que son legitimadas por los actores en relación dialéctica con lo que producen, cuestión que adquiere relevancia si consideramos los aspectos históricos del autocuidado, en el sentido de que los significados que le damos a cuidarnos a nosotros mismos se encuentra en el marco de referencia de las instituciones que la sociedad va construyendo, por medio de las cuales tiene acceso al mundo de la vida y a pautas de comportamiento socialmente aceptadas.

Para continuar entretejiendo referentes teóricos sobre la vida cotidiana me detendré en los aportes de Jürgen Habermas y su teoría sobre la colonización del mundo de la vida. Cabe resaltar que su trabajo se reconoce como parte de las teorías de la estructura acción, las cuales plantean una alternativa entre la separación del objetivismo y subjetivismo.

Jürgen Habermas retoma ideas de diversos autores, entre ellos Mead, Shütz, Weber, Marx y Durkheim. De la obra de Shütz y Mead deriva su concepto del *mundo de la vida*, en tanto que lo concibe como la perspectiva interna del sujeto en acción, noción que complementa con el concepto de *acción comunicativa*. Dicha acción se produce en el mundo de la vida y a su vez es trasfondo modelador que implica suposiciones mutuas para que sea posible la comunicación; además, se da en el *proceso de racionalización* –retomado de Weber- , que constituye el método

para llegar a acuerdos con base en el mejor argumento, lo que deriva en una diferenciación progresiva de la cultura, la sociedad y la personalidad, mismos que el autor identifica como los elementos que componen el mundo de la vida. Esta diferenciación se relaciona a pautas interpretativas sobre la cultura y su influencia social, así como a formas de relaciones sociales, maneras de ser y comportarse de las personas. De esta manera la reproducción del mundo de la vida y sus elementos -cultura, la sociedad y la personalidad- se basa en la acción comunicativa implicada en el proceso de racionalización, de ahí la importancia que adquiere su comprensión.

Por otro lado, se encuentra el concepto de sistema, mismo que sienta sus raíces en el mundo de la vida, pero se distingue de ésta porque desarrolla características estructurales propias. Lo anterior, coloca en el centro nuevamente al proceso de racionalización, debido a que este proceso contribuye a una diferenciación y complejidad cada vez mayor de los elementos de la vida, lo que da paso a las estructuras que componen el sistema. Mientras más diferenciación y complejidad de las estructuras, se presenta una mayor autosuficiencia y mientras más autosuficientes son las estructuras, ejercen mayor poder sobre el mundo de la vida. Dicho poder se manifiesta en una menor implicación en el proceso de consenso, lo que limita el proceso del mundo de la vida, mermando la capacidad de comunicación que favorecería la comprensión y en su lugar ejercen un control externo de parte de las estructuras, entre las que encontramos al estado, la familia, el sistema económico o para el caso de la presente tesis el sistema de salud sustentado en un paradigma medicalizado. Para Habermas la problemática de mayor interés para la teoría social radica en la forma en que se conectan el mundo de la vida y el sistema, conexión que se debate entre la integración social y la integración al sistema.

Lo anterior, da paso al concepto de *colonización* que se refiere al modo en el que en el mundo moderno el sistema controla el mundo de la vida, situación que rompe con la dialéctica entre ambos debido al creciente poder del primero sobre el segundo. Y es que en sociedades más antiguas los elementos de la vida se encontraban más claramente ligados, sin embargo, el proceso de racionalización del mundo de la vida los ha diferenciado y complejizado a través del tiempo, lo que los ha hecho más autosuficientes, como se expuso anteriormente. Esta racionalidad se encuentra implicada en la acción comunicativa y la orienta hacia una constricción normativa basada cada vez más en el lenguaje cotidiano. Es decir, en lugar de que el lenguaje coordine la acción, es el sistema quien lo hace, restringiendo los modos de comunicación de una forma violenta, violencia que se reproduce en el mundo de la vida. Se afirma entonces que en el mundo moderno la racionalidad formal sobrepasa a la racionalidad sustantiva llegando a dominarla. (Habermas, 2001; Ritzer, 1993; Vila-Merino, 2011; Noguera, 1996)

A continuación, se presenta una tabla (Ver Tabla 4), que contiene los principales conceptos revisados para el abordaje de la vida cotidiana y sus implicaciones para el tema del autocuidado.

Tabla 4. Conceptos sociológicos para la comprensión de la vida cotidiana y sus implicaciones en el autocuidado

<b>Teoría</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Conceptos</b>	<b>Aportes</b>	<b>Implicaciones en el autocuidado</b>
Fenomenología sociológica	Alfred Shütz	-Intersubjetividad -Tipificaciones y recetas -El mundo de la vida -Inteligencia práctica	La experiencia es una construcción social organizada por medio de significados que se le da al mundo a través de la acción humana, guiada por tipificaciones y	El cuidado de sí mismo (autocuidado) se puede comprender desde los significados de sus prácticas, implícitas en las actitudes naturales hacia este cuidado.

			recetas, por medio de las cuales el ser humano desarrolla una inteligencia práctica que lo hace desenvolverse en el mundo de la vida cotidiana con una actitud natural.	
Construcción social de la realidad (Sociología del conocimiento)	Berger y Luckman	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lenguaje</li> <li>-Institucionalización</li> <li>-Roles</li> <li>-Reitificación</li> <li>-Legitimación</li> </ul>	La <i>institucionalización</i> es un proceso que da sentido a la realidad social y constituye el espacio donde las personas desarrollan pautas habituales de acción e interacción en situaciones del día a día -mundo de la vida-, es decir, hábitos sin los cuales sería prácticamente imposible la vida. En este proceso están implícitos los <i>roles</i> , la <i>reitificación</i> y la <i>legitimación</i> , siendo el <i>lenguaje</i> el medio por el cual es objetivada la vida cotidiana.	Las pautas o acciones habituales, que pueden ser entendidas como practicas construyen su sentido en las situaciones del día a día, mismas que se encuentran implicadas en el proceso de institucionalización y por ende conllevan <i>roles</i> , es decir, lo que se considera que socialmente se espera como práctica de autocuidado, en donde a su vez se da una relación entre lo que se hace – práctica- y se dice –vida cotidiana objetivada a través del <i>lenguaje</i> -.
Colonización del mundo de la vida	Jürgen Habermas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El mundo de la vida</li> <li>-Acción comunicativa</li> <li>-Racionalización</li> <li>-Sistema</li> <li>-Colonización</li> </ul>	La acción comunicativa es donde se produce el mundo de la vida, que a través del proceso de racionalización se diferencia y complejiza sus elementos (estado, familia, sistema económico). El sistema tiene sus raíces en este mundo, pero	El mundo de la vida conlleva un proceso de racionalización a través de la acción comunicativa, en términos de autocuidado se hablaría de la racionalización de cuidarse a sí mismo desde lo que se entiende como salud, en donde entran en debate los saberes populares sobre

			entre más se complejiza, más autosuficiente es, mermando la capacidad de comunicación para dar paso al control externo. Este control externo rompe con la dialéctica entre mundo de la vida y sistema, lo que se ve reflejado en el concepto de colonización.	cuidado de sí mismo – mundo de la vida- y el conocimiento del sistema de salud o salud con bases científicas.
--	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior se observan de manera sintética los conceptos que guían este trabajo en su interés por aproximarse a la vida cotidiana de quienes tienen DM2. Una vez teniendo el punto de referencia del mundo de la vida, así como sus implicaciones, mismas que van desde los significados compartidos, la institucionalización, racionalización, etc. Es momento de seguir el recorrido teórico hacia el concepto de prácticas y su relación con el proceso de reflexividad, ambos intrincados en la vida cotidiana y que brindan algunos otros elementos para la comprensión de autocuidado.

### 3.4.2 Prácticas y proceso de reflexividad

Como parte de las sociologías de la vida cotidiana se encuentra la etnometodología, para la cual lo central es la acción del actor reflexivo, a partir de lo cual se da la posibilidad de comprensión de la forma en la que se organiza la vida cotidiana. Es decir, la práctica del día a día es lo que constituye el orden social existente y ésta práctica se lleva a cabo desde el proceso de

reflexividad de los actores implicados unos con otros. Este planteamiento rechaza la idea de que el orden social se deriva exclusivamente por la conformidad a las normas, sino que es también necesario tomar en cuenta la conciencia del actor. (Ritzer, 1993) De esta manera adquiere relevancia para el presente trabajo la centralidad de la práctica y el proceso de reflexividad que conlleva, aspectos que se traslapan con algunos conceptos presentes en el apartado anterior como lo son la inteligencia práctica de Shütz y el proceso de racionalización de Habermas.

Tanto la práctica como el proceso de reflexividad son conceptos que Giddens retoma y desarrolla en su propuesta teórica de la *estructuración –ubicada como parte de las teorías de estructura acción-* en la que retoma el carácter activo y reflexivo del comportamiento humano propuesto por la tradición comprensiva del pensamiento social. De acuerdo con este autor el objeto central de las ciencias sociales tendría que ser las prácticas sociales ordenadas a través del tiempo y espacio, por lo que deja a un lado tanto al actor individual como a la totalidad social. En este sentido expone que las aptitudes reflexivas del actor o agente humano se encuentran presentes en el flujo de comportamientos cotidianos en el contexto social. Sin embargo, advierte que la reflexividad en parte solo opera en un nivel discursivo, es decir:

Lo que los agentes saben sobre lo que hacen y sobre las razones de su hacer -su entendimiento como agentes- es vehiculizado en buena parte por su conciencia práctica. Una conciencia práctica consiste en todas las cosas que los actores saben tácitamente sobre el modo de “ser con” en contextos de vida social sin ser capaces de darles una expresión discursiva directa. (Giddens, 1984, 24)

Lo anterior recuerda de alguna forma lo expuesto por Shütz acerca de la inteligencia práctica, las tipificaciones y recetas, sin embargo, lo que señala Giddens es que aunque el agente tenga esta conciencia práctica, es decir, esta conciencia del hacer, no necesariamente es capaz de expresar directamente, mediante su discurso, lo que hace y sus razones, lo que muestra que si bien es cierto que el lenguaje es muy importante para la teoría de la estructuración, desde ésta mirada no se asume únicamente como un cúmulo de signos.

En este sentido, un concepto rector en su teoría es el de rutinización, que como denota su nombre se relaciona con todo lo que se realiza de manera habitual en la actividad social cotidiana, donde esta repetición de comportamientos es el fundamento material de la naturaleza recursiva de la vida social. A partir de esto Giddens relaciona los mecanismos psicológicos al sostener que:

Una rutinización es vital para los mecanismos psicológicos que sustentan un sentimiento de confianza o de seguridad ontológica durante las actividades diarias de la vida social. Transportada en principio en la conciencia práctica, una rutina introduce, para los agentes, una cuña en el contenido potencialmente explosivo de lo inconsciente y el registro reflexivo de la acción producida. (Giddens, 1984, 24)

Se observa entonces que las prácticas -actividades de la vida cotidiana- se relacionan con la conciencia práctica, la cual se rutiniza, y a su vez le da un sentido de confianza o seguridad a los actores o agentes en su hacer de la vida diaria. Estas prácticas se dan en relación con otros, en donde cada actor adopta una postura en el fluir de la vida cotidiana en relación con los demás y

de las instituciones sociales, de ahí que la postura del cuerpo en nuestros encuentros sociales es también un tema que toca el autor. Esto trae a la mesa el tema de actitudes, siendo éstas -en el sentido más general del concepto- una postura frente a un objeto, cuestión que se revisará a más a detalle en el capítulo de actitudes.

Ahora bien, se distinguen dos tipos de conciencia, la discursiva que se relaciona con la capacidad de expresar las cosas con palabras y la conciencia práctica que se relaciona con lo que los actores hacen y no implica su capacidad para expresar con palabras o que hacen. Es ésta última la que es trasportada por la rutina en donde se entremezclan lo inconsciente y el registro reflexivo de la acción que se produce, por lo que es en las prácticas donde se producen la conciencia y la estructura en el marco de un tiempo y un espacio determinado, lo que les brinda un carácter procesual e histórico. De ahí que sea interés de Giddens el proceso de modernización y sus efectos en la vida de las personas a partir de los cambios que experimentan las instituciones –conjunto de prácticas- y viceversa. (Giddens, 1984)

Esta centralidad de las prácticas en un marco de referencia histórico incluye el vínculo que se establece entre los actores estudiados y los científicos sociales, de manera que se reconoce una relación entre el lenguaje científico y el lenguaje de los actores, que es a lo que Giddens se refiere como *doble hermeneútica* y en donde es necesario que los científicos sociales tomen conciencia –a través de la reflexividad- de su susceptibilidad a llegar a conclusiones distorsionadas debido a no considerar ésta relación.



Asimismo, se distinguen en la obra de Giddens (1984) los conceptos de estructura, sistema social y estructura-acción, como elementos a considerar para el abordaje de las prácticas sociales. De manera sintética se describen como 1) Estructura, se trata de propiedades que hacen posibles las prácticas sociales y solo existen a partir de ellas, adquieren su forma sistemática a través del tiempo y el espacio, haciéndose presentes a través de normas y recursos. En otras palabras, las estructuras moldean y dan forma a la vida social, pero no es en sí misma la vida social, esto difiere de la idea de una estructura coercitiva y externa, sino que parte de una visión de una estructura que parte de la acción de las personas; 2) Sistema social, Es el conjunto de prácticas sociales organizadas que exhiben propiedades estructurales, suelen ser constituidos por las consecuencias inesperadas de la acción humana, aunque también pueden incluir las acciones intencionadas. Podría decirse que es la forma en la que se concretan de la estructura, siendo el nivel macro de las normas y los recursos que en un nivel micro se manifiestan en la conducta humana; y 3) Estructura-acción. Parte de la dualidad entre la constitución de los agentes y de las estructuras, a partir de lo cual las propiedades estructurales de los sistemas sociales son un producto, pero también un medio de las prácticas en el ámbito del cotidiano de la vida social.

Cabe mencionar que Arenas-Monreal (2011) retoma a Giddens para una elaboración conceptual del autocuidado en donde se considera que las conductas se dividen en intencionales y deliberadas. Las primeras se refieren a aquellas que realizan las personas sin reflexión ni cuestionamientos, mientras que el segundo tipo de conductas son aquellas en que la reflexión y la experiencia de vivencias significativas promueven la incorporación de prácticas de autocuidado. Asimismo, se señala que estas prácticas de autocuidado existen una importante influencia de

determinantes sociales, tales como la clase social, la ocupación, el género, el grupo étnico, así como la familia, la edad, y las experiencias de enfermedad y muerte de personas cercanas.

### **3.4.3 El papel mediador de las prácticas.**

La propuesta teórica de Bourdieu contiene aspectos que orientan la mirada hacia considerar la relación entre los esquemas cognitivos y su relación con el lugar que se ocupa en una estructura social. Este autor, también busca superar la oposición entre el objetivismo y el subjetivismo sustentado su teoría en la práctica como resultado de la relación dialéctica entre acción y estructura. Para este autor es importante tener una perspectiva estructuralista siempre y cuando no se pierda de vista al agente. Con base en esto el autor propone los conceptos de *habitus* y *campo*.

El *habitus* se trata de esquemas mentales o cognitivos mediante los cuales las personas producen sus prácticas, las perciben y evalúan, es decir, que mediante estos esquemas las personas manejan el mundo social. Dialécticamente se pueden considerar como las estructuras sociales internalizadas o encarnadas, ya que es donde las divisiones objetivas -clases sociales, género, grupos de edad, etc.- se reflejan. Por otro lado, el *campos* refiere más a cuestiones relacionales que estructurales, es decir, se trata de una red de relaciones dadas por las posiciones objetivas que tienen lugar en él. No son solo interacciones entre los individuos y tampoco intersubjetividad. Estas relaciones pueden ser entre agentes o instituciones y responden a la propia estructura del campo, por ejemplo, el económico, religioso, artístico, etc., por lo que cada campo se organiza de manera determinada de acuerdo a su lógica y esto genera a su vez una creencia entre los actores acerca de lo que es importante en cada campo.

El *habitus* y *campo* son conceptos que se encuentran en relación, por un lado, el *habitus* se ve condicionado por el *campo*, pero a su vez el *campo* –como algo significativo sentido y valor- se constituye por medio del *habitus*. La importancia de la práctica radica es su papel mediador entre el *habitus* y el *campo*. En la obra de Bourdieu titulada *El sentido social del gusto* se aborda esta relación considerando la clase y la cultura, así fundamenta el juego del posicionamiento y autoposicionamiento social de acuerdo al sentido del gusto, ya que este se presenta como una oportunidad para experimentar y/o reafirmar una determinada posición de clase dentro del campo. De esta manera sostiene que el mundo de la cultura es jerárquico y a su vez jerarquizante, ya que guarda relación con el mundo de las clases sociales, situación que determina los gustos de las personas. (Bourdieu, 2003) Dicha jerarquización implica relaciones en donde hay un poder implícito que es legitimado por los propios agentes, quienes ponen en acción su propio capital simbólico en las relaciones que establecen. Este capital simbólico puede provenir de títulos nobiliarios, pero también de títulos académicos o cualquier otra característica que sea susceptible a este reconocimiento social. (Bourdieu, 1989)

La propuesta teórica de Bourdieu brinda una perspectiva desde donde es posible considerar a la salud como un *campo* en relación con un *habitus* mediado por prácticas específicas y en donde el ejemplo del gusto -y cómo a partir de éste se reproduce el orden social y la posibilidad de posicionarse en éste- puede ser aplicado en comportamientos como por ejemplo el de beber refresco de cola. No es raro encontrar que en México cuando eres invitado en algún hogar lo adecuado es ofrecerte refresco en lugar de agua. A esto se le suma el aspecto de las relaciones de poder en este campo en donde se puede observar cómo el capital simbólico

de la salud medicalizada, traducida -en términos tal vez un poco reduccionistas- al médico o la enfermera colocan a los agentes en una posición donde lo adecuado es acatar al pie de la letra lo que es prescrito por los profesionales de la salud.

#### **3.4.4 El modo de vida como manifestación psicosocial de las prácticas de autocuidado.**

Una vez revisados aspectos teóricos sociológicos de la vida cotidiana y las prácticas a continuación se exponen elementos teóricos para su comprensión desde una perspectiva psicosocial.

La psicología tiene su propio corpus de conocimiento, por lo tanto, lo psicosocial es una nueva manera de enfrentarse a los datos que se desprenden de la realidad (Blanco, 1988). Desde este punto de vista, las problemáticas comunitarias pueden dimensionarse en términos psicosociales. En este caso lo que se intenta dimensionar desde lo psicosocial es la experiencia de vivir con DM2 en una comunidad indígena.

La psicología social trata del estudio científico de la acción en cuanto ideológica. Este autor centra la ideología en la relación interpersonal, en el juego de lo personal con lo social, al mismo tiempo afirma que la acción está impregnada por contenidos valorados y enmarcados históricamente a una estructura social, por lo que es la síntesis de objetividad y subjetividad, no necesariamente conciente. Para comprender la ideología existen dos concepciones fundamentales, la funcionalista y la marxista; la primera explica la ideología como un conjunto de ideas y valores que cumplen una función normativa y orientan la acción del individuo; la segunda entiende la como una falsa conciencia que justifica los intereses de la clase dominante. (Martín-Baró, 1996)

El presente trabajo es consonante con la visión marxista en tanto que la sociedad es configurada por la lucha de clases, donde se encuentran en constante conflicto los intereses de cada una. Sin embargo, una visión puramente estructuralista-marxista elimina en la práctica en papel del sujeto. Por lo anterior, si bien la visión marxista en un marco de referencia, la intención será centrarlo en lo psicosocial.

Martín-Baró (1996) expone que las funciones de la ideología, incluyen la interpretación de la realidad, brindar esquemas prácticos de acción, justificar y legitimar el orden social existente –lo que da la categoría de natural a lo que es histórico-, así como ejercer la relación de dominio existente en la práctica y la reproducción del sistema social establecido. Esta conciencia de las funciones de la ideología devela los procesos psicológicos, los cuales adquieren significaciones distintas cuando son ubicados en el contexto de problemas más amplios, como lo son el desempleo, la violencia y/o conflictos sociales. Asimismo, advierte sobre el peligro de caer en explicaciones de la psicología sociológica (psicologistas) o de la sociología psicológica (psicologistas). Es decir, tender a las explicaciones de lo social centradas en procesos psicológicos o a las explicaciones que reducen todo a lo social. Es así que este autor propone una perspectiva dialéctica, en donde persona y sociedad se constituyen mutuamente, donde los procesos ideológicos sean comprendidos desde la estructuración social.

En este sentido, la experiencia de vivir con DM2 en una comunidad indígena va adquiriendo una dimensión psicosocial, es decir, la comprensión de ésta condición de salud estaría dada por la experiencia de vivir con ella en un contexto determinado por una estructura

social, lo que influye en las prácticas que llevan a cabo las personas con esta condición, así como el significado que le dan a las mismas.

Desde un punto de vista histórico dialéctico la estructura social es el reflejo del sistema de producción, por lo que resulta fundamental conocer el puesto que el individuo ocupa dentro de este sistema, el trabajo que realiza, en otros términos, sería la actividad, que es asumida como el vínculo con el mundo objetual, la realidad externa y con los otros. Sin embargo, la relevancia de la actividad es que en esta se dan la cooperación, el contacto y la relación con otros. Por lo que las formaciones sociales son concretadas en el acto de cooperación, de ahí que la forma que adquiere lo comunitario toma también relevancia en la comprensión de la estructura social. (Blanco, 1988)

La perspectiva psicosocial en este caso se fundamenta desde la concepción que se tiene de comunidad en la Psicología Comunitaria, donde lo comunitario se construye a partir del nosotros y tiene sentido en términos emocionales, así una comunidad se caracteriza por tener un proyecto en común fundamentado en un sentido de pertenencia.

Es así que el presente proyecto busca comprender este carácter dinámico de lo comunitario a través de la tradición histórico-dialéctica. A este respecto Rappaport citado por Blanco (1988) expone que la psicología social dialéctica para el estudio de personas y grupos debe tomar en cuenta su carácter histórico, las contradicciones y conflictos internos como precedentes de sus relaciones con el medio, otorgando una importancia fundamental a lo cotidiano, considerándolo como el espacio mediante el cual es posible comprender la complejidad de estas relaciones.

De esta manera la vida cotidiana adquiere relevancia desde una perspectiva psicosocial para la comprensión del proceso dinámico de salud-enfermedad. Sin embargo, es necesario retomar el concepto de modo de vida desde el cual las acciones-ideológicas de las que nos habla Baró se expresen en un sentido concreto en el tema de prácticas de autocuidado.

El modo de vida es un concepto que tiene sus raíces en la teoría marxista y con el tiempo se ha ido usando más en el campo de la salud en términos de estilo de vida o estilos de vida “saludable”. (Coreil, 1985)

Desde la psicología marxista los procesos psíquicos de grupo regulan el comportamiento de las personas, estos procesos son influenciados por la ideología y la moral. Para este efecto es necesario abordar formaciones psicosociales más complejas, como lo son la psicología orientada a valores, el modo de vida y el clima psicosocial, cada una de las cuales constituye un sistema particular de procesos psíquicos de grupo que influyen en la actividad material y espiritual de los mismos. (K.K. Platónov., 1983)

El concepto modo de vida se remonta al momento en que los fundadores del comunismo científico determinaron la categoría económico-social de modo de producción y relacionaron su contenido a un modo de vida, una forma en particular de manifestar su vida, en otras palabras, un modo de vida. De esta forma, a través de un análisis materialista dialéctico, se establece el vínculo entre los procesos objetivos de la sociedad y los aspectos subjetivos representados por la personalidad de los seres humanos. (K.K. Platónov., 1983)

Así como los teóricos de la sociología hablan de las prácticas como un aspecto que vincula lo objetivo y lo subjetivo, en este caso se plantea que el modo de vida es la síntesis de las relaciones ideológicas, morales, psicológicas, económicas, familiares, etc. En palabras textuales de K.K. Platónov (1983):

El modo de vida es un modo de interacción del medio social y la personalidad, típico de la personalidad, la capa, la sociedad. En el modo de vida se reflejan la madurez de la organización económica de la sociedad y el correspondiente desarrollo de las condiciones de trabajo y de vida, las relaciones sociales, las formas de poder y la realización de sus derechos por la personalidad y por el grupo, las formas de participación en la elaboración y toma de decisiones de importancia social, las formas en que ambos satisfacen sus necesidades materiales y culturales, es decir, las formas de los elementos estructurales que llevan siempre la impronta del régimen social de la ideología dominante. (pp.114)

El modo de vida es la base de normas que orientan la forma en que son utilizados las posibilidades materiales existentes y el tipo de relaciones interpersonales. Se distinguen tres características psicosociales básicas del modo de vida (K.K. Platónov, 1983):

- 1) La iniciativa social (actividad y conducta) del individuo y del grupo se distribuyen y manifiestan de forma particular.
- 2) Los motivos reguladores de la conducta y actividad son la forma de manifestación concreta de las necesidades, valores e intereses.



- 3) Con base en el proceso de producción, la actividad política y la vida cotidiana se forman los hábitos y costumbres como normas sociales típicas de las relaciones entre las personas.

A su vez, la iniciativa social del individuo es susceptible de tomar tres direcciones para su análisis: 1). *el tiempo*, donde se observa la relación entre el trabajo, la actividad social fuera del tiempo de trabajo y el tiempo libre; 2). *la actividad*, que es la manera en que se obtienen los medios de subsistencia, siendo esto la base del modo de vida y a partir de lo cual se determinan los demás elementos, en este caso se realiza un análisis de los tipos de actividad que se lleva a cabo, por ejemplo, la participación en organizaciones sindicales o políticas y; 3). *el modo de actuar forma de actuar*, que se relaciona con el estilo y procedimientos de trabajo en donde se ponen de manifiesto las particularidades de las relaciones interpersonales en el proceso de actuación, así como rasgos de voluntad y carácter, por ejemplo, estados de tensión pasión, indiferencia, etc. Lo importante aquí no es lo que se hace sino cómo se hace. (K.K. Platónov, 1983)

Considerando que el proceso de vida las necesidades, valores e intereses siempre van tomando forma, es innegable señalar que el modo de vida se vincula tanto al sistema de necesidades como a los valores morales e ideológicos y los intereses sociales, los cuales regulan y motivan tanto la actividad como la conducta. Asimismo, en este proceso adquieren forma normas sociales que son concretizadas por medio de costumbres, ritos y hábitos, ya sea tradicional o moderno. A su vez, estas normas crean un ambiente psicosocial, K.K. Platónov (1983) destaca por ejemplo el humanismo en el modo de vida socialista o el temeroso agresivo

en el modo de vida burgués. De esta forma es que se muestra de una forma más clara el que el concepto de modo de vida, como manifestación psicosocial concreta de factores ideológicos.

(K.K. Platónov, 1983)

## Capítulo4. Actitudes

El presente capítulo tiene el objetivo de abordar los fundamentos teóricos de las actitudes, mismas que constituyen las dimensiones psicosociales de interés en la investigación que se desarrolla a lo largo de este documento.

### 4.1 El estudio de las actitudes en Psicología

La Escuela de Chicago tuvo importantes aportes al desarrollo de la sociología y de la psicología, uno de ellos estuvo a cargo de William Thomas, quién junto con FlorianZnaniecki publicaron en 1918 y 1920 *The polish Peasant in Europe and America*, documento resultado de ocho años de investigación. Se resaltan sobre todo dos de sus aportes de la obra 1). Se trata de uno de los primeros trabajos en donde se observa un pluralismo metodológico debido a la diversidad de fuentes utilizadas (cartas, correspondencia, material autobiográfico, etc.); 2) Expone por primera vez el carácter empírico del concepto de actitud, mismo que ha sido central para el desarrollo de la psicología social. Asimismo, estos autores buscaban formular una teoría social que les permitiera estudiar la transformación de las relaciones interpersonales y familiares de los campesinos polacos derivados de la modernización industrial y económica de finales del siglo XIX e inicios del XX. En su trabajo se expone la experiencia de los campesinos polacos emigrantes en Europa y América, y al mismo tiempo los cambios en su estructura social. En este análisis los conceptos básicos son los valores sociales y las actitudes, desde donde se aborda la tesis central relacionada a la interdependencia entre la organización social, la cultura y los individuos, por lo que resultaba importante tener en cuenta tanto los determinantes objetivos como los subjetivos de la vida social. (Álvaro y Garrido, 2007)

Para Thomas y Znaniecki en un proceso social se encuentran por un lado lo natural o cosa natural que tiene un significado para la acción y se convierte en un valor social y por otro lado las actitudes, que constituirían su contraparte individual. El estudio de las actitudes fue tan importante para estos autores que consideraban a la psicología social como la ciencia de las actitudes. La relación de ida y vuelta entre los valores y las actitudes es clave en su trabajo. A donde se dirigen es a las transformaciones que han sufrido los campesinos polacos en su vida tradicional debido a los procesos de migración. Su aporte se considera como un precedente para las perspectivas construccionistas en la psicología social, como lo es la de Berger y Luckman, quienes consideran al igual que Thomas y Znaniecki que la realidad es una construcción simbólica a partir de procesos dinámicos de objetivación y subjetivación, por lo que se reconoce de gran trascendencia para la psicología social la combinación de perspectiva fenomenológica para la comprensión de procesos de cambio social, como es la migración campesina. Sin embargo, a pesar de la importancia de su estudio, tuvo que competir con el auge del experimentalismo y el enfoque positivista en la psicología social. (Álvaro y Garrido, 2007)

#### **4.2 Las actitudes desde la tradición histórico-dialéctica**

Amalio Blanco (1988) es un autor importante para la comprensión del desarrollo teórico de la psicología social. Este autor considera a las tradiciones como aquellos abordajes relevantes y aún vigentes, más allá de la historia o de la ambigüedad del objeto de estudio. Las tradiciones que propone son la tradición grupal, individualista, institucional, lewiniana e histórico-dialéctica. En ésta última tradición se ubica la Psicología Marxista, así como los aportes de Ignacio Martín Baró desde donde a continuación se aborda el tema de las actitudes.

#### **4.2.1 Enfoques de las actitudes.**

De acuerdo a Ignacio Martín-Baró (1990) la importancia del estudio de las actitudes radica en su papel en los procesos históricos, además de ser un concepto muy valioso para analizar los hechos psicosociales en la sociedad. Para este autor, la actitud es una orientación que encuentra su correlato en una postura corporal que expresa la postura del espíritu, esta perspectiva corporal asume la actitud como una estructura preparatoria, una orientación para percibir y actuar de determinada manera. En este sentido, podría decirse que es un concepto que busca dar una respuesta psicológica y ser un principio que vincule lo individual con lo social, lo persona con lo grupal. Sin embargo, cuando se trata de actitudes existe un aspecto a considerar y es que

La actitud como tal no es visible ni directamente observable. Se trata de una estructura hipotética, un estado considerado como propio de la persona, pero cuya existencia se puede verificar a través de sus manifestaciones. Es difícil, por consiguiente, afirmar si alguien tiene realmente una actitud mientras no se observe su proceder. Para definir el carácter y la naturaleza de las actitudes, es necesario actuar sobre ellas, lo que significa que solo cuando se logra producir un cambio de actitud en alguien puede deducirse en forma lógica lo que constituye la esencia de una actitud. La diversidad de teorías y modelos que se han formulado acerca de las actitudes proviene de los intentos prácticos que se han hecho para lograr cambiar las actitudes de grupos o personas en diferentes situaciones. Puede afirmarse que la conceptualización de lo que son las actitudes de grupos o personas depende de la forma concreta como se ha conseguido o se ha creído conseguir el cambio de actitud de las personas. (Martín-Baró, 1990; pp.248)

Considerando lo anterior, Martín-Baró (1990) distingue tres enfoques predominantes en la psicología social, mismos que se sintetizan en la siguiente tabla, mostrando en primer lugar los enfoques predominantes, sus principios o ideas centrales, los lugares o autores que los desarrollan (sin que sea una mención agotada), los aportes y los problemas que describe Martín-Baró para cada uno de ellos. (Tabla 5).

Tabla 5. Enfoques en el abordaje de las actitudes

<b>Enfoques predominantes</b>	<b>Principios o idea central</b>	<b>Lugares y/o autores que lo desarrollan</b>	<b>Aportes</b>	<b>Problemas</b>
Comunicación-aprendizaje	<p>Importancia de la fuente informativa</p> <p>En comunicación una fuente con más credibilidad para el auditorio es más persuasiva que la de una fuente con poca credibilidad</p>	<p>Universidad de Yale</p> <p>-Carl I Hovland -William J. McGuire -Irving L. Janis -Jack W. Brehm -Milton Rosenberg -Robert P. Abelson -Harold H. Kelley</p>	<p>Perspectiva del aprendizaje, pero conciencia del enraizamiento social de las actitudes.</p> <p>El aprendizaje de las actitudes tiene lugar en el grupo de pertenencia.</p> <p>Utilizaron la concepción de Kurt Lewin sobre la pertenencia de los grupos.</p> <p>Énfasis en los procesos de comunicación social como ámbito para la formación y cambio de las actitudes.</p>	<p>Falta de sentido histórico</p> <p>Orientación experimental.</p> <p>Los estudios de laboratorio implican una vida social donde hay reglas y exigencias. De ahí que contengan una ideología matizada por unos intereses sociales, en ocasiones distorsionados u ocultos.</p> <p>Los estudios de laboratorio, al carecer de sentido histórico tienden a estudiar con visión borrosa la realidad.</p>
Funcional	Las actitudes	-Brewster Smith	Abordar el	Pocos estudio

	<p>cumplen funciones importantes para las personas, por lo que son útiles.</p>	<p>-Jerome S. Bruner -Robert W. White</p>	<p>carácter instrumental de las actitudes.</p> <p>La utilidad de las actitudes se basa en que dan respuesta a las necesidades del individuo y/o del grupo.</p> <p>Representan la estructura psicológica que concretiza los intereses sociales frente a los objetos de la realidad.</p> <p>Mientras se experimenten las mismas necesidades y sean canalizadas a través de ciertas actitudes, se dificultará el cambio de éstas.</p> <p>Funciones de las actitudes:  <i>1).Evaluativa:</i> el individuo se orienta acerca del significado de un objeto en la realidad;  <i>2).Adaptativa:</i> facilitan y mantienen las relaciones sociales;  <i>3).Expresiva:</i> protegen de tensiones y conflictos internos al individuo.</p>	<p>empíricos por la dificultad en operativizar las hipótesis planteadas.</p> <p>-Supuesto de funcionalidad</p>
--	--	---	--	--

<p>Consistencia</p>	<p><i>Festinger:</i> Modelo de la disonancia cognoscitiva: las actitudes se basan creencias acerca de los objetos, entre esas creencias tiene que darse un acuerdo o un equilibrio.</p> <p>Cambio no tanto por esfuerzos sino por la disonancia entre las creencias del individuo.</p> <p>Disonancia-malestar-contradicción entre las creencias-esfuerzo por llevar a cabo equilibrios mentales porque la disonancia resulta intolerable-cambio de actitud personal.</p> <p><i>Fritz Heider:</i> Origen de Modelos de consistencia interna.</p> <p>Supuesto fundamental: tendencia psicológica de los individuos en organizar sus conocimientos en forma armoniosa llamada estado balanceado.</p> <p><i>Rosenberg:</i></p>	<p>-Festinger -Miltons J. Rosenberg.</p>	<p>Un aporte central de Festinger es que las actitudes surgen como producto ideológico de los intereses generados por la praxis humana.</p>	<p>La tendencia al equilibrio: Presupone la necesidad del ser humano de un estado de balance, dado por una coherencia entre los contenidos de las creencias o conocimientos personales. Esto sobrevalora la gratificación dada por el equilibrio y el carácter racional del ser humano. Además, en la experiencia cotidiana está repleta de irracionalidad y muchas veces incoherencia/inconsistencia.</p>
---------------------	--	--	---	--



	Las actitudes son estructuras radiales de conocimientos y afectos acerca de un objeto o clase de objetos, donde se ligan diversos conocimientos por vínculos instrumentales positivos o negativos.			
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base a Martín-Baró (1990)

Como se puede observar cada uno de los enfoques cuenta con su propio aporte en la comprensión de las actitudes y a su vez contiene algunos problemas. Para continuar es importante no perder de vista que un problema fundamental en cada uno de los enfoque es el hecho de que no considerar en toda su plenitud el carácter histórico de las actitudes y por otro lado, pudiera resultar o creerse que las actitudes se fundamentan en la estabilidad y la coherencia, siendo que es todo lo contrario, tomando en cuenta que de alguna forma, las actitudes representan un vínculo entre lo social y lo individual, contenido las inconsistencias en la vida cotidiana. En este tenor retomo el episodio que refería en la experiencia de llevar a cabo entrevistas en mi tesis de maestría, por un lado, era sabido y expresado que los refrescos son nocivos para la salud, además de que casi no se bebían y por otro lado la disponibilidad y la recurrencia con la que eran bebidos a simple vista era de llamar la atención. Me pregunto entonces ¿Tendría que haber puesto el énfasis en otro tipo de cuestionamientos?; ¿Qué sentido tenía para los entrevistados hacer referencia a un comportamiento cuando en realidad se lleva a cabo el contrario?

Probablemente estos cuestionamientos no queden resueltos con el simple hecho tener presentes los distintos enfoques, sin embargo, se identifican algunas ideas en los aportes que considero necesario mencionar.

- 1) *Enfoque comunicación-aprendizaje.* En primera instancia la relación entre las actitudes con lo social, haciendo énfasis a su grupo de referencia, además de fundamentarse en los procesos de comunicación social, tanto para su formación como para su cambio.
- 2) *Enfoque funcional.* Las actitudes dan respuesta a las necesidades del individuo y/o grupo. Esto se relaciona con que mientras se experimentan las mismas necesidades, éstas son canalizadas por medio de las actitudes. Asimismo se define a la actitud como una estructura psicológica, por medio de la cual, se concretizan o materializan los intereses sociales en la relación que se establece con los objetos de la realidad. En otras palabras, las actitudes cumplen funciones que son útiles para las personas, en este enfoque se distinguen específicamente tres funciones: la función de evaluación, que orienta al individuo en tanto en significado que le atribuye a un objeto en la realidad; la función adaptativa que facilita y mantiene las relaciones sociales; y finalmente la función expresiva en donde las actitudes protegen las tensiones y los conflictos internos del individuo.
- 3) *Enfoque de consistencia.* Las actitudes como producto ideológico de los intereses generados por la praxis humana.

Distinguir los aportes de los enfoques permite observar que las necesidades y los intereses sociales son conceptos presentes en el tema de actitudes, así como hecho de que es en la praxis humana en donde se forman, de ahí la importancia de que en el presente trabajo se aborde teóricamente a las prácticas.

#### **4.2.2 Estructura de las actitudes.**

Por otro lado, Ignacio Martín-Baró (1990) menciona que no hay un acuerdo acerca de los elementos que componen una actitud, sin embargo, se distinguen tres concepciones distintas acerca de la estructura que las conforma:

- 1) *Unidimensional*. Desde esta perspectiva, por lo general se identifica el factor afectivo. En esta tradición se identifica a Louis L. Thurstone, quien trata de explicar que el aspecto importante en el concepto de actitud es el evaluativo-afectivo hacia un objeto y no la acción. Este autor define a la actitud como una expresión verbal y se vale de opiniones para medirla. Asimismo, podría considerarse aquí al modelo de Festinger, solo que él lo trabaja desde las cogniciones, a menos que incluya la dimensión motivacional en la medición.
- 2) *Bidimensional*. Se consideran los elementos cognoscitivos y afectivos. Aquí se ubica el modelo de Rosenberg y se podría utilizar para la medición la escala de Likert, que se trata de un cuestionario que presenta una serie de opiniones acerca del objeto y los participantes indican su grado de acuerdo o desacuerdo acerca de esas opiniones.

- 3) *Tridimensional*. Es el modelo más complejo y el más popular, considera tres elementos, los conocimientos, los afectos y las tendencias a reaccionar. Su particularidad es que la activación de la actitud tendería a llevar a cabo cierto comportamiento. Por otro lado, el carácter de la actitud varía de acuerdo a la importancia de los tres elementos. En este caso Emory S. Bogardus diseñó en 1925 una escala de lo que llamó “distancia social”, misma que está dirigida a la tendencia de actuar.

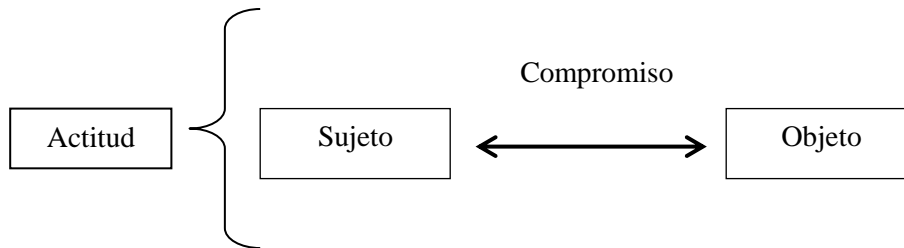
Ante las diversas concepciones acerca de la estructura de las actitudes Ignacio Martín-Baró (1990) refiere que lo importante no se centra en la definición de sus elementos esenciales, sino en definir su carácter y significación en cuanto realidad psicológica y social. Para ello se parte del consenso acerca de su carácter de ser una predisposición para actuar. Es así que se plantea que

Una actitud será así aquella estructura cognoscitivo-emocional que canalice la significación de los objetos y oriente al correspondiente comportamiento de la persona hacia ellos. Como se ha subrayado desde el comienzo, la actitud es una variable intermedia, una estructura hipotética, no observable, sino en sus consecuencias. (Martín-Baró, 1990; pp.281)

#### **4.2.3 El carácter social de las actitudes: relación de sentido y compromiso.**

Asimismo, Martín-Baró (1990) aclara que no todo comportamiento está relacionado a una actitud, dado que los individuos no poseen esquemas ideoaffectivos para actuar frente a cualquier objeto. Se habla de actitudes cuando estos esquemas adquieren la precisión y fuerza dados por el compromiso. Este compromiso es definido como ideas concretas y tipo de afectos que vinculan a la persona con el objeto. (Ver Figura 5)

Figura 5. Relación significativa sujeto-objeto



Fuente: Elaboración propia con base en Marín-Baró (1990)

Partiendo del hecho de que solo existe una actitud cuando existe este compromiso o vinculación, se habla entonces de que esta relación entre sujeto y objeto es una relación significativa. Por ende, la actitud se define no con base en su uniformidad en el comportamiento, sino con base en la relación que se establece entre sujeto y objeto, por lo que una propiedad de la actitud sería la de unificar los objetos individuales en una idéntica significación. La relevancia de esta relación significativa con el objeto para el abordaje de las actitudes radica en la comprensión del carácter social de las mismas, en donde se concretizan los factores objetivos y en segundo término los subjetivos de la estructura social. Es decir, los esquemas de significación se constituyen a través de las relaciones objetivas de individuos y grupos, de esta manera las actitudes contienen en sí mismas la incorporación de los esquemas que definen el mundo de la vida en cada sociedad y son transmitidos por los procesos de socialización. En otras palabras, las actitudes más sobresalientes son esquemas cognoscitivos y valorativos de los individuos por medio de los cuales conocen y evalúan su mundo, son la forma en la que se canalizan y materializan los intereses sociales, por lo que constituyen los esquemas de su ideología social. (Martín-Baró, 1990)

Al hablar del carácter social de las actitudes se hace pertinente apuntar la relación que se establece entre las actitudes y la praxis social, que si bien, se trata de una idea derivada del enfoque de la consistencia, no pierde vigencia al situar a las actitudes en el espacio social relacionado con la conformación de significaciones que tienen la intención de constituir una postura frente a un objeto determinado.

Para ilustrar lo anterior vale la pena retomar el ejemplo que destaca Ignacio Martín-Baró (1990). Se trata de un estudio realizado por Richard T. La Piere en 1934, basado en la existencia de una opinión pública negativa hacia los chinos en Estados Unidos. La Piere viajó en 1930 con un joven estudiante chino y su esposa a lo largo de Estados Unidos, durante el viaje visitaron 251 establecimientos y solo uno les negó el servicio, meses después decidió llamar a uno de los lugares en donde habían sido muy amables y preguntó por una reservación para un importante hombre chino, petición que fue respondida con una negativa. El estudio continuó enviando un cuestionario a los establecimientos públicos donde los habían recibido, obtuvo 128 respuestas, de las que un 92% de los propietarios de restaurantes y un 91% de los propietarios de hoteles y moteles respondieron negativamente, es decir, indicaron que no recibirían a los chinos.

Esta investigación reflejó una discrepancia total entre lo que se expresaba como actitud y lo que se hacía. Algunos concluyeron que las actitudes medidas por cuestionarios verbales no predecían adecuadamente el comportamiento, mientras que otros optaron por considerar que el concepto de actitud era inoperativo. Con lo ocurrido se hace evidente que el concepto de actitud

estaba fallando en la relación con el comportamiento, por lo que Baró (1990) intentó dar algunas soluciones teóricas y metodológicas al respecto (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Soluciones teórico-metodológicas al problema de las actitudes

<b>Soluciones</b>	
Conductismo ortodoxo	El concepto de actitud como algo inútil y confuso para el estudio científico del comportamiento
Diferenciación entre actitudes genéricas y actitudes específicas	La forma en la que se presente la actitud depende de la situación (condiciones y presiones)
Diferencias metodológicas	Error en la medición o en la determinación de la actitud
Carácter estructural de la actitud frente a los posibles comportamientos.	Relación de sentido entre la persona y el objeto que se materializa en una postura.

Fuente: Elaboración propia con base a Martín-Baró (1990)

Con respecto a las soluciones plasmadas en la Tabla 6, retomo el último punto referente al carácter estructural de las actitudes asumiendo la relación de sentido entre el sujeto y el objeto. En este sentido, Baró (1990) expone que, a diferencia de la definición tradicional de actitud relacionada a la tendencia de la persona a un comportamiento manifiesto con base en la evaluación del objeto, considerar que el individuo busca mantener una relación de sentido con el objeto permite abrirse a la posibilidad de que una actitud se expresa a través de acciones diversas, que pueden ser distintas en su esquema, pero consistentes con su significación estructural. Esto hace que la mirada se vuelque no a medir la actitud con respecto a un tipo específico de conducta, sino al significado que la diversidad de comportamientos expresa acerca de la relación de los individuos con el objeto de la actitud. Esto lo ejemplifica el autor con la actitud maternal, ya que presenta una diversidad de posibilidades, entre las que se encuentran una caricia, un regaño o una nalgada. Entonces en términos de cuidado de una actitud de autocuidado, desde esta perspectiva podría considerarse también una diversidad de posibilidades.

Aunque se concibe con mayor dificultad el predecir una conducta desde este punto de vista, también se menciona que ayuda a centrarse en operativizaciones empíricas limitadas.

A decir de Martín Baró (1990) las actitudes fundamentales de las personas en su conjunto pueden ser consideradas la estructura que articula la vida social en cada individuo, dicho de otra manera, se trata de la incorporación que las personas hacen de la ideología y de igual forma no deja de lado el hecho de que esto refiere a lo vivido antes que explícito, es decir, práctico antes que teórico, por lo que una vez más adquiere relevancia la praxis humana.

#### ***4.2.3.1 Praxis humana: El papel de la actividad y las necesidades en la experiencia cotidiana.***

En la propuesta de Ignacio Martín-Baró en torno a enfoques y estructura -por medio de los cuáles es posible ubicar diversos desarrollos teóricos para el abordaje de las actitudes- se puntualizó el aporte de Festinger, quien se ubica en el enfoque de la consistencia y señala el concepto de praxis humana como el espacio donde surgen las actitudes como producto ideológico a partir de los intereses generados en ésta.

La praxis humana entendida desde una orientación marxista es considerada como una actividad humana material que transforma el mundo. (Sánchez, 2003) En este mundo las actitudes funcionan como una estructura que articula la vida social, es decir, la incorporación de la ideología a través de su dimensión práctica, es decir de la actividad del día a día de las personas. Ya antes en el presente documento se presentaron aspectos teóricos para el abordaje tanto de la práctica y la vida cotidiana como constructos esenciales para esta investigación. Ahora se abre la pauta para vincular el medio social –espacio donde se gesta la vida cotidiana- y la personalidad –

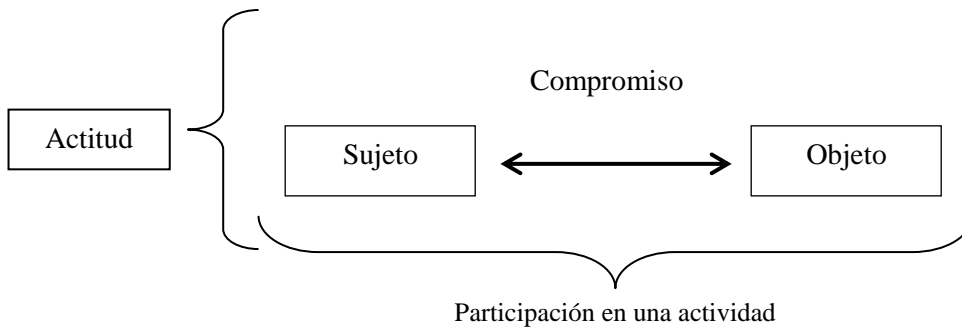


espacio donde ubicamos a las actitudes- por medio de la participación en una actividad, lo que nos da elementos que complementan la relación de sentido y compromiso entre sujeto y objeto de la que nos habla Baró.

De acuerdo a Platónov (1983) el medio social y la personalidad interactúan permanentemente, en esta interacción el medio social actúa y forma la personalidad actúa sobre el medio social al relacionarse con otras personalidades con su participación en la actividad de los grupos sociales, lo que a su vez está determinado por las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Por lo tanto, la formación de la personalidad se la formación de la personalidad depende de estos elementos que adquieren sentido en el transcurso de la vida. Lo anterior es interés de la psicología social marxista cuyo objetivo es estudiar la vida psíquica en relación a la actividad y cuyo principio metodológico es que la conciencia de los individuos se basa en su actividad. En otras palabras, se vincula la actividad con la acción del individuo orientada hacia un objeto, idea que remite a pensar en las actitudes como orientaciones hacia un objeto

Para la conformación de la personalidad es necesaria una interacción constante con la naturaleza y el medio social, mismo que es susceptible a ser transformado. Esta interacción implica un vínculo -relación- que contiene una orientación determinada y que es posible a través de la participación en una actividad determinada por procesos psicosociales. (Platónov, 1983) En esta idea se destaca el vínculo o relación que contiene en sí misma una orientación determinada, lo que para Baró sería una relación comprometida, es decir, una actitud, término que complementa Festinger al hablar de la praxis humana como el espacio donde se gestan las actitudes. Considerando lo anterior se propone sumar al esquema original basado en el planteamiento de Baró, la participación en actividad como la forma en que se concretiza este compromiso, pero al mismo tiempo se transforma. (Ver Figura 6)

Figura 6. Relación significativa sujeto-objeto-actividad



Fuente: Elaboración propia con base a Martín-Baró (1990)

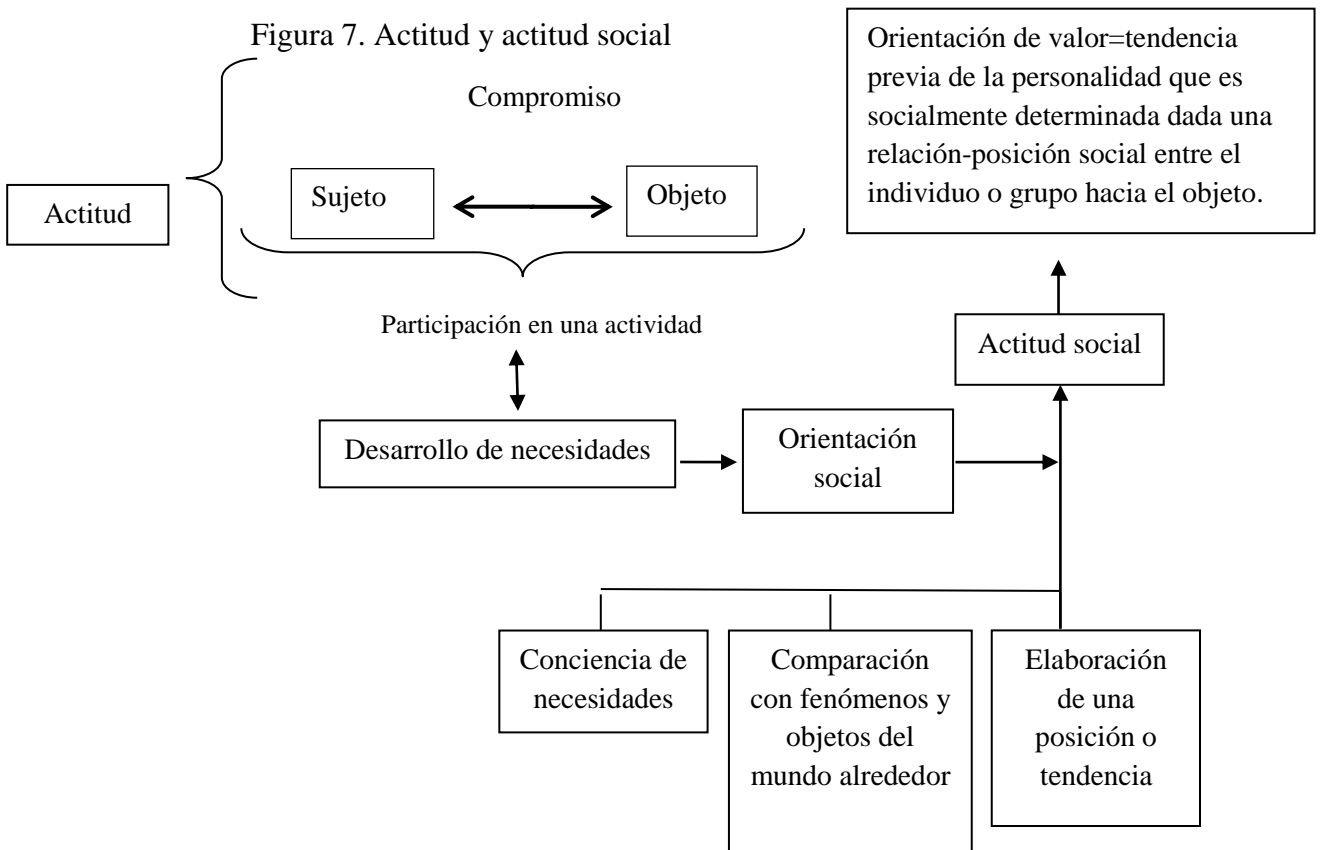
En la Figura 6 se agrega al esquema del compromiso en la relación del sujeto con el objeto a la participación en una actividad, esto con la finalidad de explicitar en el abordaje de las actitudes a la actividad como el espacio donde cobran sentido. Para complementar es necesario detenerse en algunas especificidades de la actividad, por un lado, la distinción y relación entre actividad y conducta, y por el otro lado el desarrollo paralelo a la actividad de las necesidades.

En este sentido Platónov (1983) menciona dos formas básicas interrelacionadas, la primera es la actividad como transformación del medio y la segunda es la conducta que se refiere al cambio del estado del individuo con respecto al medio, así como la regulación de sus acciones. Es importante tomar en cuenta que en esta subdivisión toda actividad contiene en sí misma una conducta y toda conducta en cierto grado activa. Esto me remite al ejemplo con el que inicié el capítulo, en donde en el discurso de los profesores se preferencia el beber agua simple, pero en lo práctico se tiene disponible y se preferencia el beber refresco. Aquí se tiene por un lado la actividad docente con todo lo que conlleva y a sabiendas de que la mejor opción para beber es el agua simple y por otro lado la conducta manifiesta consistió en la elección de un refresco, lo que hace patente que lo que predomina es esta relación de sentido con la bebida elegida.

Por otro lado, a la par de la actividad se desarrollan las necesidades humanas partiendo del hecho que la actividad presupone la solución de los problemas que se presentan en la vida, asumiendo el problema como la ruptura entre lo que una situación exige de la persona y su situación real de vida. (Platónov, 1983) Esta idea se relaciona a lo planteado por Shütz y la inteligencia práctica. En el caso de la diabetes el enfrentar el diagnóstico y asumir modificaciones en la vida diaria para el cuidado de la salud se puede ver como esta ruptura y exigencia en el día a día de una persona. Asimismo, es en ese proceso de vida que se gesta la experiencia de la personalidad como un sistema dinámico de sentimientos estables, de costumbres, capacidades y conocimientos. En la formación de esta experiencia, la percepción tiene un papel importante y es socialmente condicionada. Para la transformación de la experiencia hacia proceso psicosocial Platónov (1983) distingue tres etapas, la primera es la transformación de la influencia exterior en conciencia; la segunda tiene que ver con conservar esta conciencia y; la tercera es la transformación de la experiencia de la personalidad en acción, que no sería otra cosa más que la exteriorización de la conciencia.

La conciencia de estas necesidades es a su vez considerada como una orientación social, misma que consiste en lo que una persona conoce y sistematiza acerca de las necesidades y las condiciones para su satisfacción. De esta manera el proceso de formación de la orientación se da a partir de tres aspectos, el primero es la toma de conciencia de las necesidades, el segundo es su comparación con fenómenos y objetos del mundo de alrededor y en tercer lugar la elaboración de una posición o tendencia –actitud- consciente hacia las cosas, así como hacia las condiciones y formas de satisfacer las necesidades. En la psicología social marxista esta posición ante los

objetos con su carácter de clase es considerada como actitud social. Desde esta perspectiva se distingue que hablar de actitud en la psicología general tiene un sentido específico, sin embargo, la propuesta de actitud social busca expresar la orientación de valor a manera de una tendencia previa de la personalidad que es socialmente determinada dada una relación-posición social entre el individuo o grupo hacia el objeto (fenómeno, acontecimiento, etc). (Platónov, 1983) En este sentido se distingue que las actitudes sociales se forman fundamentalmente por medio de la vida práctica de las personas, cuestión con la que se liga este capítulo sobre actitudes con el capítulo de autocuidado, mismo que se centra en las prácticas en la vida cotidiana de las personas.



Fuente: Elaboración propia con base a Martín-Baró (1990)

En la figura 7 se muestra de una manera gráfica la forma en que la propuesta de Baró que plantea las actitudes como una relación significativa entre sujeto-objeto mediado por el compromiso, se complementa colocando esta relación en el marco de la participación en una actividad –en términos del presente trabajo prácticas-. En paralelo a dicha actividad se desarrollan las necesidades que dan pie a una orientación social que en sí misma implica la conciencia de estas necesidades, un proceso de comparación social y finalmente la elaboración de una posición o tendencia. En este último punto, es decir, la elaboración de una tendencia se encuentra la diferencia que hace la Psicología Marxista entre actitud y actitud social, dando el sentido a esta última de una orientación de valor socialmente determinada dada una relación que se establece entre el sujeto y un objeto en términos de su posición social. Con esto se observa la necesidad de ampliar la mirada para la discusión teórica acerca de las actitudes.

### **4.3 Las actitudes desde la tradición individualista**

Con la finalidad de contar con elementos que nos permitan una discusión reflexiva acerca de las actitudes es importante considerar que lo expuesto anteriormente acerca de la propuesta de Ignacio Martín Baró se centra en una concepción de las actitudes basada en una relación de significado y que las actitudes no son observables más que en sus consecuencias. Desde esta perspectiva lo que se considera es el significado del acto, mientras que sería también importante tomar en cuenta en esta relación el significado del estímulo, por esta razón es necesario ampliar la mirada de la teoría de las actitudes. Esta discusión se podría iniciar con una pregunta que Homans -desde la tradición individualista- le plantearía a Baró: ¿Por qué se puede vivir en la disonancia en la vida cotidiana?

Centrar la mirada en los individuos y el valor que le dan a un estímulo coloca el marco de referencia de la psicología social en la tradición individualista, desde el cual se asume que los grupos son la suma de individuos, quienes a través de sus características, tendencias, necesidades y motivaciones dan explicación al comportamiento del grupo, las masas y el propio cambio social. En este marco se encuentra la Teoría del Intercambio de Homans, la cual se abordará partiendo de sus bases teóricas situadas en el conductismo. (Blanco, 1988)

A principios del siglo XX Watson propone como alternativa al subjetivismo de la conciencia, que la psicología se concentre en la investigación de actividades observables –lo que se hace y se dice-, lo que centra a esta disciplina en los procesos de explicación y predicción de la conducta, orientación que tiene sus raíces filosóficas en el positivismo y el empirismo. Allport es quien contribuyó a llevar el conductismo a la psicología social, lo que dio pie al desarrollo de la psicología social individualista. Asimismo, se ubican los aportes de Skinner, quien identifica como un reforzador clave del comportamiento a la aprobación social, lo que le da cabida a la determinación ambiental y por el otro lado Watson, gracias a los cuales los esquemas iniciales de estímulos-respuestas han evolucionado. (Banco, 1988) En este sentido Gil (2011) reconoce al conductismo como una corriente teórica y aplicada que ha permitido conceptualizar operativamente la salud y la enfermedad, gracias a lo cual se ha abierto el camino de la relación entre el comportamiento en el campo de la salud con base en conceptos como estilos de vida y hábitos saludables.

Actualmente el conductismo podría caracterizarse por diversas orientaciones, entre ellas se encuentran las Teorías del intercambio, las Teorías del aprendizaje social, los estudios sobre persuasión y cambio de actitudes de la escuela Yale y las Teorías de alcance medio.

#### 4.3.1 La valoración de costos y beneficios en el comportamiento: la perspectiva de Homans y la teoría del intercambio.

De acuerdo a Gil (2011) las teorías del intercambio constituyen un enfoque que se ha construido mediante los aportes de antropólogos y sociólogos, quienes buscan fusionar teorías conductistas –retomando que las recompensas y castigos producen recompensas- con principios de la economía clásica. Como se observa en la Tabla 7 en el campo de la psicología social destacan las contribuciones de Thibaut y Kelley (1959), Homans (1961) y Blau (1964), quienes coinciden en un modelo del ser humano racional con una conducta orientada por la conservación y la maximización de sus intereses.

Tabla 7. Autores de teorías del intercambio

Autores	Características
Homans	Se identifica como un concepto clave el de la <i>justicia distributiva</i> , relacionado que los individuos ponen en una balanza los beneficios frente a las inversiones que realiza en los procesos de interacción.
Thibaut y Killey	Comportamiento social comprendido desde recompensas y esfuerzos.
Blau	Su interés se centra en analizar la estructura social, pero retoma conceptos psicológicos e individuales.
Foa	Realiza una clasificación de las recompensas.

Fuente: Elaboración propia con base en Gil (2011)

Se observa en la Tabla 7 que en el caso de Homans existe un interés por el comportamiento en función del valor traducido en beneficios que los individuos colocan en una balanza en los procesos de interacción. Dicho autor tiene una gran influencia de Skinner al buscar analizar desde la sociología el comportamiento observado y no solo las funciones, estructuras y/o instituciones, ya que para él es necesario considerar los estímulos, recompensas y

castigos que influyen en el comportamiento de los individuos para entender la manera en que las personas crean y mantienen las estructuras sociales.

El interés de Homans por los grupos pequeños inició en su época de estudiante en Harvard con el psicólogo Elton Mayo. Desde mediados de los 30's, al conocer a Eliot D. Chapple y Conrad M. Arensberg –estudiantes de antropología- encontraron como variable principal en las ciencias sociales a la interacción, debido a su orden, frecuencia y duración, sin embargo Homans se interesó en añadir variables que apoyaran en explicar el contenido de la interacción y en éste sentido se refirió al sentimiento y a la actividad como conceptos interdependientes, constituyendo su esquema conceptual en donde el sentimiento es la conducta expresiva de las actitudes; y la actividad se refiere a cualquier acción de las personas basada o no en la interacción.

En su obra de 1950 *El grupo humano (The Human Group)*, Homans describe a los grupos pequeños -desde el modelo sistémico- como sistemas internos que enfrentan sistemas externos. En este sentido expone que los elementos del comportamiento social son la interacción, sentimientos y actividades, sin embargo, deben ser entendidos en términos de estos sistemas internos y externos, ya que para él cada grupo –asumido como sistema social- está delimitado por su medio ambiente. Un ejemplo de esto puede ser el que un grupo de trabajadores realice sus actividades laborales en un mismo espacio en donde interactúen unos con otros. Entre más interacción el sentimiento positivo entre ellos aumenta y a su vez esto aumenta su interacción, lo que constituye un conjunto de relaciones traducidas en el sistema interno del grupo, mientras que el sistema externo es el entorno físico y social que se encuentra fuera de sus límites. En este



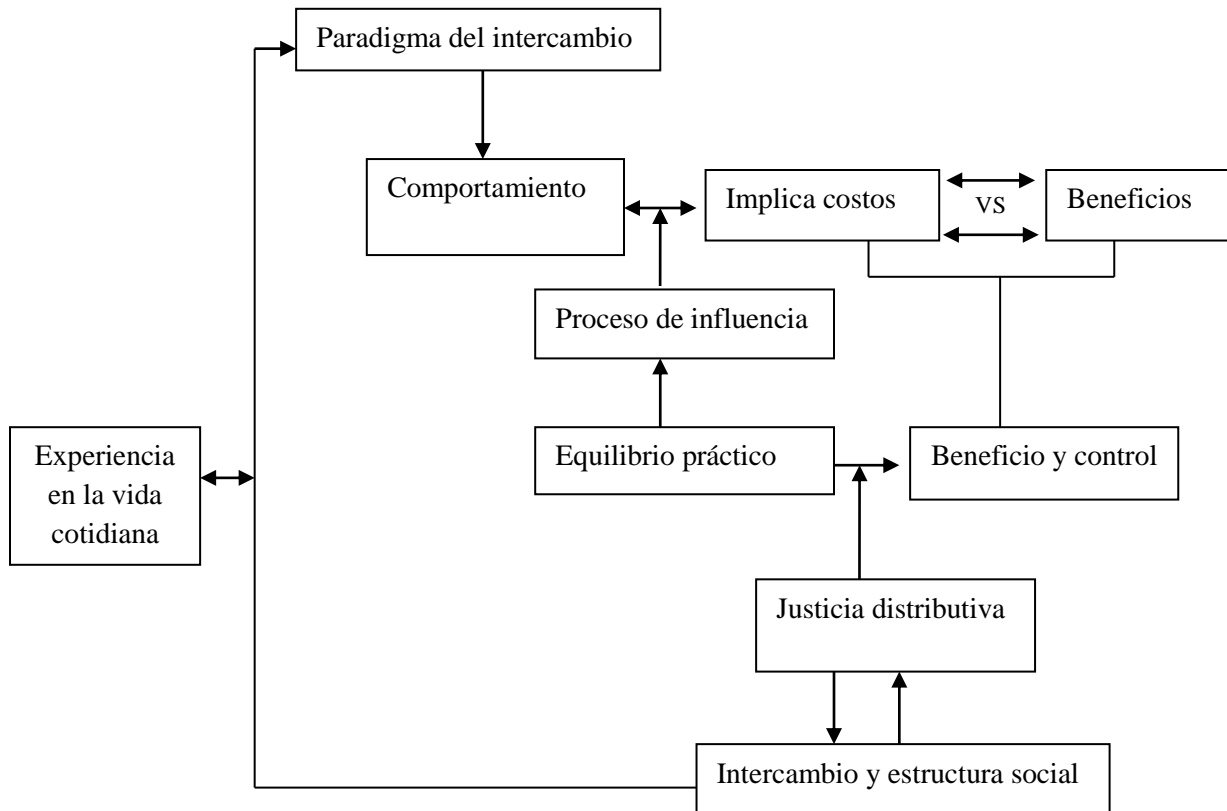
sentido, la forma en que es gestionado el espacio y equipo físico en la fábrica puede también tener un efecto en las relaciones interpersonales de quienes ahí laboran. (Treviño, 2009) Este ejemplo destaca la forma en que la interacción en sí misma tiene un efecto en el sentimiento por medio de la actividad –constituyendo así el sistema principal- y esto mismo no sería posible sin el papel que cumple el medio ambiente –sistema secundario-.

La siguiente obra de Homans fue *Comportamiento Social: sus formas elementales (Social Behavior: Its Elementary Forms)*, su publicación fue en 1961 y nuevamente en una versión revisada en 1974. El autor considera esta obra como superior a su texto *El grupo humano*. En dicho documento logra articular una propuesta basada en principios de la psicología conductista, misma que expone por primera vez a través de su artículo de 1958 *Comportamiento Social como intercambio (Social Behavior as Exchange)*.

Para Homans (1958) en el estudio de grupos pequeños es importante considerar tres aspectos, el primero es la necesidad de demostrar que el trabajo experimental no es incompatible con el trabajo de campo –por ejemplo estudios antropológicos-, lo que lleva al estudio de grupos de la vida real; en segundo lugar, a partir del punto anterior reunir un grupo de proposiciones generales que den cuenta de lo que sucede en la conducta social elemental y finalmente; demostrar cómo éstas proposiciones se sostienen empíricamente en grupos pequeños, lo que puede derivar en proposiciones más generales. Estos tres puntos se verán más favorecidos si se asume que la interacción entre las personas es un intercambio de bienes materiales e inmateriales.

Para este autor su propuesta teórica es de utilidad debido a que en primer lugar se basa en el paradigma del intercambio, es decir, que el comportamiento implica costos y estos no es simplemente, como se considera habitualmente, los valores de las personas, sino el valor que implica el propio comportamiento, en otras palabras, cuánto está costando en ese momento el comportamiento; en segundo lugar el proceso de influencia en el que retoma trabajos de autores como Festinger, Schachter, Back con los cuales encuentra algunas afinidades teóricas incluyendo considerar la experiencia de la vida cotidiana en su propuesta; en tercer lugar equilibrio práctico, que no se refiere a que los grupos deban tender al equilibrio, si no que se observa que en el momento de estar con un grupo puede presentarse un cambio de los valores; en cuarto lugar el beneficio y control social, aunque el equilibrio sea un hecho observado no se asume como se hace desde el estructural funcionalismo, más bien se entiende como algo que puede ser explicado desde otras características del sistema, en este sentido lo importante es que el comportamiento traiga un equilibrio entre la recompensa y el costo, lo relevante es que no siempre el resultado tiene que ver con el mayor beneficio; en quinto lugar la justicia distributiva, esto se relaciona con el equilibrio práctico en el sentido en que no siempre el mayor beneficio para la persona implica un equilibrio, por lo que se buscara dicho equilibrio en función de la justicia distributiva, por ejemplo una mayor paga a quien más responsabilidad tiene, aunque la jornada laboral sea la misma y esto tendría que ver con que los salarios responden también al tema del estatus; y finalmente en sexto lugar el Intercambio y estructura social, se relaciona con que el equilibrio en la estructura social podría responder al intercambio de costos y beneficios del comportamiento en distintos grados, donde el costo dependería de la frecuencia del comportamiento, es decir, de la interacción. (Ver Figura 8)

Figura 8. Paradigma del intercambio



Fuente: Elaboración propia con base en Homans (1958)

La figura 8 esquematiza los puntos del párrafo anterior, en este podemos observar que en consonancia con la presente investigación la experiencia en la vida cotidiana continúa siendo el escenario en donde se concreta el paradigma del intercambio desde donde hace su propuesta teórica Homans. A su vez, se expone el principio de justicia distributiva como un elemento mediador entre el equilibrio práctico y el beneficio y control social, este principio rompe con la idea que tenemos comúnmente sobre equilibrio y de la relación entre costos y beneficios, por lo que acercarse a la “vida real” –en ese caso vida cotidiana- de los pequeños grupos puede ser de utilidad para tener consideraciones acerca de cómo se dan los procesos de intercambio en el día a

día, es decir, qué elementos están puestos en juego cuando se trata, por ejemplo, de tomar una decisión en cuanto a un comportamiento que tenga efectos en nuestra salud.

Homans desarrolla seis proposiciones en su libro *Comportamiento Social: sus formas elementales* de 1974, con las que reitera que la base del comportamiento es el intercambio de bienes materiales y no materiales. A continuación, se describen brevemente (Blanco, 1988; Treviño, 2009):

*1. Proposición de éxito.* En cualquier comportamiento humano, entre más frecuentemente se refuerza la acción, hay mayor probabilidad de que se ejecute. En este caso lo importante a resaltar es que no se incluyen las razones de la acción, sino, que cualquiera que sea la razón por la cual se realice, una vez que se haya llevado a cabo, siempre y cuando el resultado sea exitoso, provechoso y reforzante, la persona tenderá a realizarla en próximas ocasiones. Esto incluye un incremento en la frecuencia de la acción, el tiempo entre la acción y el refuerzo, el modelo de refuerzo que se aplique y la frecuencia absoluta de refuerzo.

*2. Proposición de la similaridad estimular.* Cuanto más parecido sea el estímulo o el conjunto de ellos a la ocasión en la que hayan reforzado alguna acción de la persona en el pasado, mayor será la probabilidad de que la persona realice la acción o una semejante. Cabe mencionar que en esta proposición subyace la influencia de *Los principios de modificación de la conducta* (1969) de Albert Bandura, ya que, de alguna forma se asume a la generalización y a la discriminación como procesos intermedios entre el estímulo y la acción.

3. *Proposición de valor.* Mientras más valioso sea el resultado de la acción para la persona, mayor será la probabilidad de que la realice nuevamente. Esto implica que si se incrementa el valor positivo del refuerzo se aumenta la probabilidad de la acción, para ello es importante tomar en cuenta que 1). Son muchos los aspectos que pueden adquirir valor para la persona, por lo que no sería tan viable realizar una lista de estos; 2). Existen valores generales que poseemos la mayoría de las personas; 3). El esquema presentado no solo incluye valores materiales, sino también otro tipo de valores, por ejemplo, los valores altruistas, mismos que tendrían el mismo efecto sobre nuestra conducta.

4. *Proposición de privación-saciedad.* Mientras más frecuentemente se haya recibido una recompensa en el pasado reciente, dicha recompensa irá perdiendo valor para la persona. Esta proposición encuentra algunas dificultades al incluir pasado reciente, ya que su significado puede variar de acuerdo los distintos tipos de refuerzos y por otro lado a la propia situación en la que se den estos refuerzos.

5. *Proposición agresión-aprobación.* Proposición basada en la emoción que divide en dos partes distintas, pero en relación: a). *Agresión*, cuando la acción no recibe el refuerzo que se esperaba o recibe alguna sanción inesperada, la persona experimentará enojo y se aumentará la probabilidad de una respuesta agresiva que promueva resultados que pueden convertirse en valiosos para el individuo, y; b). *Aprobación*, cuando se recibe el refuerzo esperado o mayor de lo que se esperaba, asimismo cuando no se recibe el castigo esperado, la persona experimentará alegría y esto hace que sea más probable que se presente una conducta de aprobación cuyos resultados pueden convertirse en valiosos para el individuo.

6. *Proposición racionalidad.* Con respecto a la elección de acciones alternativas, una persona optará por aquella en cuyo resultado sea mayor en términos de multiplicar el calor del resultado final y la probabilidad de obtener ese resultado.

Mediante estas proposiciones el autor complementa su teoría del intercambio y deja ver elementos más sutiles relacionados con un comportamiento dado. Sin embargo, los enfoques teóricos de alguna forma van dando elementos para la reflexión y esto mismo promueve el desarrollo de nuevas teorías, en este sentido Gil (2011) expone que con base en las principales ideas de las teorías del intercambio es posible comprender lo que las personas hacen o no para su salud en términos de costos y beneficios, ésta evaluación comportamental establece un puente entre el enfoque conductista y el cognitivo al intentar explicar el comportamiento en salud con base en las creencias de los individuos.

#### **4.3.2 La transición del enfoque conductista al cognitivo.**

Además de las teorías del intercambio Gil (2011) menciona dentro de las orientaciones del conductismo a las Teorías del aprendizaje social, los estudios sobre persuasión y cambio de actitudes de la escuela Yale y las Teorías de alcance medio. De entre estas teorías señala el trabajo de Bandura quien destaca el papel de la observación y de la anticipación de la conducta para explicar el comportamiento, asimismo considera que la conducta es multicausal y se basa en la intersección de factores ambientales, personales y comportamentales, además de que propone y brinda importancia al concepto de autoeficacia. Identifica en los estudios de Yale el trabajo de Hovland, Lumsdaine y Sheffield (1949), además de Hovland y Rosenberg (1960), quienes – como se expuso anteriormente- Baró clasifica en el enfoque de comunicación-aprendizaje y

finalmente ubica como teorías de alcance medio la de aprendizaje de N. E. Miller y Dollard (1941), Teoría de la autopercepción de Bem (1967), Teoría del *locus* de control de Rotter (1966), Teoría de la facilitación social de Zajonc (1965) y la Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975). Estos planteamientos conductistas influyeron en el desarrollo de estudios cognitivos durante los 70's.

En este sentido el término cognición abarca los procesos mentales que en conjunto transforman la información sensorial –a través de la codificación, almacenamiento y restitución– en significado. La diferencia de cognitivismo con el conductismo ortodoxo versa sobre la suposición del cognitivismo acerca de que los sujetos son capaces de tomar decisiones racionales, así como de forma consciente y deliberada intervenir en el curso de los acontecimientos. Dentro de este enfoque se ubica la *Teoría del campo* de Lewin, que le da un papel muy importante al contexto y a la situación para explicar el comportamiento, en términos de estilo de vida, este estaría dado por la relación entre la persona y su entorno; la *Teoría del equilibrio* de Heider, quien pretendía construir una psicología del sentido común tomando como referencia la forma en que las personas le atribuyen significados a su entorno y las situaciones que se dan en este, lo que tiene efecto en el desarrollo de perspectivas atribucionales; *Teoría de la consistencia*, aquí encontramos la teoría de la congruencia de Osgood y Tannenbaum (1955) y la teoría de la disonancia de Festinger (1957), la idea central en este grupo de teorías es que los organismos tienden a una situación de equilibrio y que cuando éste equilibrio se rompe –por contradicciones en aspectos comportamentales, cognitivos o motivacionales– las personas tienden a restablecerlo; y finalmente la *Teoría cibernética* que compara la forma de pensar de los individuos con los de una computadora. (Gil, 2011).

Hasta aquí hemos revisado aspectos relevantes en cuanto a las bases teóricas de la psicología social y sobre todo en el sentido de la contribución de la tradición individualista para la comprensión de comportamiento, de esta manera se da paso a la formación de las actitudes.

#### **4.4 La formación de las actitudes**

De acuerdo a Morales (2007), las actitudes se forman con base en proceso de aprendizaje y desarrollo social, en este sentido presenta una forma de abordar distintos desarrollos teóricos a partir de los cuáles sería posible acercarse a estos procesos, partiendo de los componentes presentes en las actitudes, es decir, el componente cognitivo, el componente afectivo y el componente conductual. Para fines de este capítulo no abordaremos todas las teorías sino aquellas que sea de interés para la investigación que se plantea realizar, además de considerar los aspectos que nos permitan ser coherentes con el argumento teórico que se busca construir.

##### **4.4.1 Componente cognitivo.**

De acuerdo a Morales (2007), las actitudes se basan en el sentido común de las personas, es decir, en las creencias que se tienen sobre un objeto. De esta manera la postura que tenemos frente a algo depende de las cualidades positivas o negativas que tenga dicho objeto. Este autor menciona que existen modelos teóricos que abordan la relación de las creencias con las actitudes, entre las que destaca la *Teoría de la acción razonada* (Fishbein y Ajzen, 1975) y la *Teoría de la acción planeada* (Ajzen, 1991), -ampliación del primer modelo-, mismas que se basan en un modelo más general acerca de la relación expectativa-valor.



***4.1.1.1 La orientación expectativa-valor en el abordaje de comportamientos en salud.***

Como vimos en la propuesta de Homans, el tema del valor es abordado por las teorías del intercambio y este a su vez abre paso al desarrollo de otras propuestas teóricas. Específicamente retomando esta orientación de expectativa-valor es posible rastrear como antecedente al Modelo de Creencias en Salud (MCS).

El MCS desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social encabezado por Hochbaum, se basa en el principio valor-explicativo que se da entre el deseo de evitar una enfermedad o sentirse bien –valor- y el conocimiento que se tiene acerca de que esa acción tendrá el efecto de prevención o mejoría –expectativa-.(Cabrera, 2001)Se trata del primer modelo conceptual desarrollado para problemáticas de salud pública, a partir de la situación que se mencionó antes en el apartado de Psicología y Salud Pública en el presente documento, en donde se refiere la inquietud de la división de salud pública de Estados Unidos por promover el que las personas se realizarán estudios diagnósticos sobre cáncer. Años más tarde Rosenstock de encarga de ampliar el modelo en los 60's. Los constructos en los que se basa dicho modelo se muestran en la siguiente tabla. (Ver Tabla 8)

Tabla 8. Conceptos del Modelo de Creencias en Salud

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
Susceptibilidad percibida	Creencia respecto a la oportunidad o posibilidad de obtener una condición o estado de salud
Severidad percibida	Creencia de qué tan seria es una condición y sus secuelas
Amenaza percibida	Es la conjunción de la susceptibilidad y severidad percibida
Beneficios percibidos	Creencia de la eficacia de una acción para reducir el riesgo o la severidad del impacto
Barreras percibida	Creencia acerca de los costos tangibles y psicológicos de la acción
Claves para la acción	Estrategias para activar a alguien
Autoeficacia	Confianza en las habilidades para tomar acción

Fuente: Elaboración propia con base en Cabrera (2011) y National Cancer Institute (1998)

Cabe mencionar que el MCS no contemplaba en un inicio el concepto de autoeficacia, sin embargo, lo incorporo a su propuesta teórica tiempo después.

El MCS identifica como área de motivación para el cambio el riesgo o amenaza percibida, constructo que se compone de la susceptibilidad y severidad percibida, como recurso de cambio la autoeficacia y las claves para la acción constituyen la información que proviene del exterior y muestra a la persona la relevancia o consecuencias de alguna condición de salud, por ejemplo, un programa televisivo sobre enfermedades del corazón, desde donde pone en la balanza tanto el costo del comportamiento vs el resultado en la prevención de un ataque cardiaco.(Baranowski, W. Cullen, Nicklas, Thompson, & Baranowski, 2003; Cabrera, 2011)

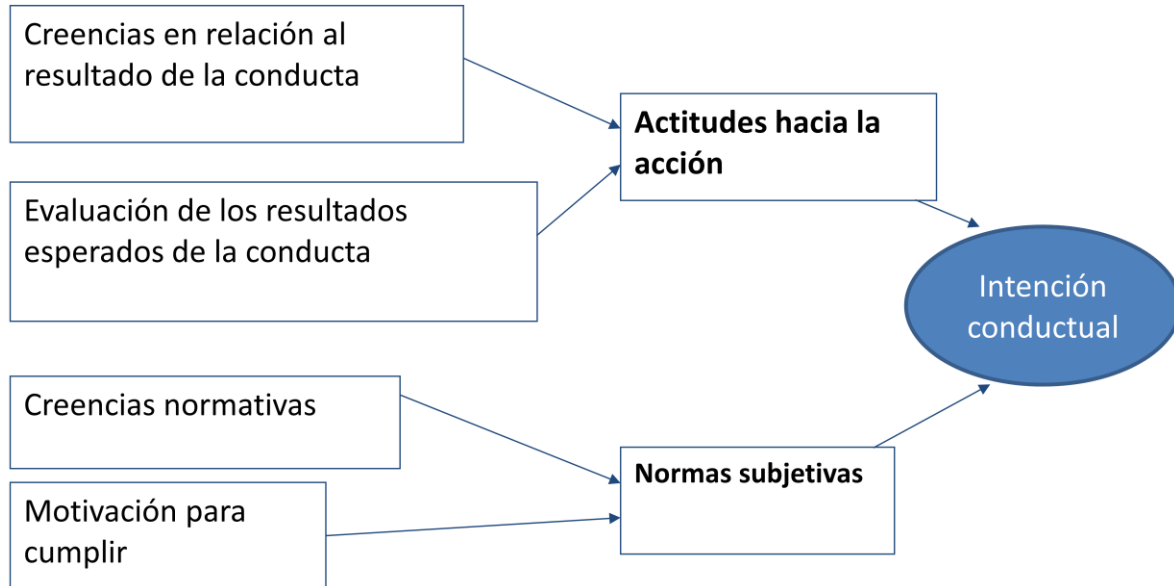
Es importante mencionar que una de las críticas a este modelo ha sido la poca relación entre sus constructos. (Cabrera, 2011) Sin embargo un estudio realizado en Iran en 2008, cuyo objetivo consistió en comparar comportamientos de autocuidado en personas con falla cardiaca antes y después de una intervención educativa, demostró que el MCS puede ser usado en la

comprensión de las prácticas de prevención y control de los individuos, además de apoyar la comprensión de actitudes y ser una herramienta para el desarrollo de intervenciones educativas en salud. (Mohammad Hosein et al., 2013) Por otro lado, un estudio realizado en 2012 en pacientes con DM2 en el Diabetes Research Center of Hamadan (DRCH) concluyó como los mejores predictores de comportamiento de autocuidado a la autoeficacia, susceptibilidad, severidad y barreras percibidas, siendo aspectos que sería importante considerar en el desarrollo de estrategias de promoción de autocuidado. (Hossein & Majid, 2015)

Los modelos de cambio de comportamiento usados en el campo de la salud se clasifican de acuerdo a su área de cambio. Dentro de los modelos que se focalizan en el cambio individual se encuentran el MCS, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo Transteórico y la Teoría Social Cognitiva. (Nutbeam & Harris, 2004)

La Teoría de la acción razonada fue desarrollada en los 70's por Ajzen y Fishbein, su interés se centra la explicación del comportamiento humano asumiendo un que el mejor determinante inmediato del comportamiento es la intención. En la Figura 9 se esquematizan los elementos conceptuales que componen este modelo.

Figura 9. Teoría de la acción razonada



Fuente: Elaboración propia, 2017 con base en Ajzen, I. & Fishbein, 1980

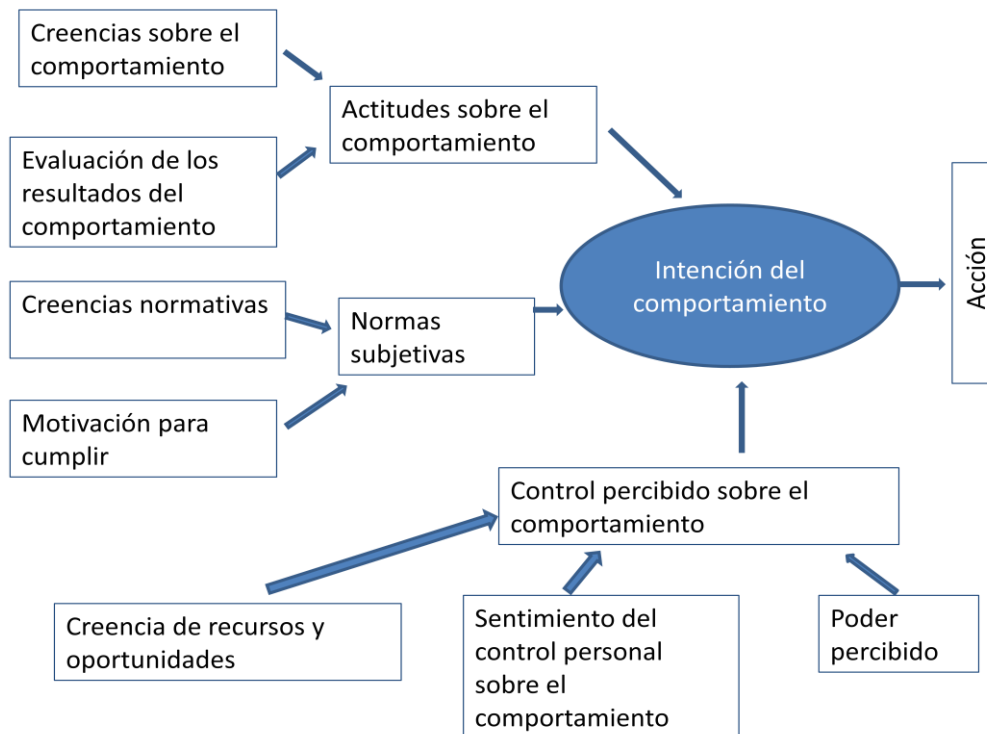
Como se aprecia en la figura 9, las actitudes son consideradas como uno de los elementos para la intención de realizar una conducta. Asimismo, las actitudes están determinadas por las creencias en cuanto a los resultados de la conducta y la evaluación que hace el individuo acerca del resultado de la acción. Además, en esta propuesta se considera como otro factor determinante de la intención conductual a las normas subjetivas, mismas que se derivan de dos aspectos, en primer lugar las creencias normativas, relacionadas con lo que una persona cree que otras personas opinan debe hacer; en segundo lugar la motivación por cumplir, es decir, qué tanto las personas se motivan en cumplir lo que otras consideran como adecuado. (Nutbeam & Harris, 2004)

Posteriormente Ajzen junto con su equipo reconoció que otro factor a considerar en la determinación de la intención conductual es la percepción personal de los individuos acerca del

control de su comportamiento, es decir, el control percibido, que es un concepto muy cercano al de autoeficacia desarrollado por Bandura, sin embargo, el control percibido puede verse también como todos aquellos factores que considera el individuo que dificultarán llevar a cabo determinado comportamiento. Dado que en este cambio se asume que hay diversos factores involucrados en el control que se percibe sobre el comportamiento, Ajzen opta por cambiar el nombre de su teoría inicial al de Teoría del comportamiento planeado (Ver Figura 10).

(Nutbeam& Harris, 2004; Morales, 2007)

Figura 10. Teoría del comportamiento planeado



Fuente: Elaboración propia, 2017 basada en Ajzen, 1985

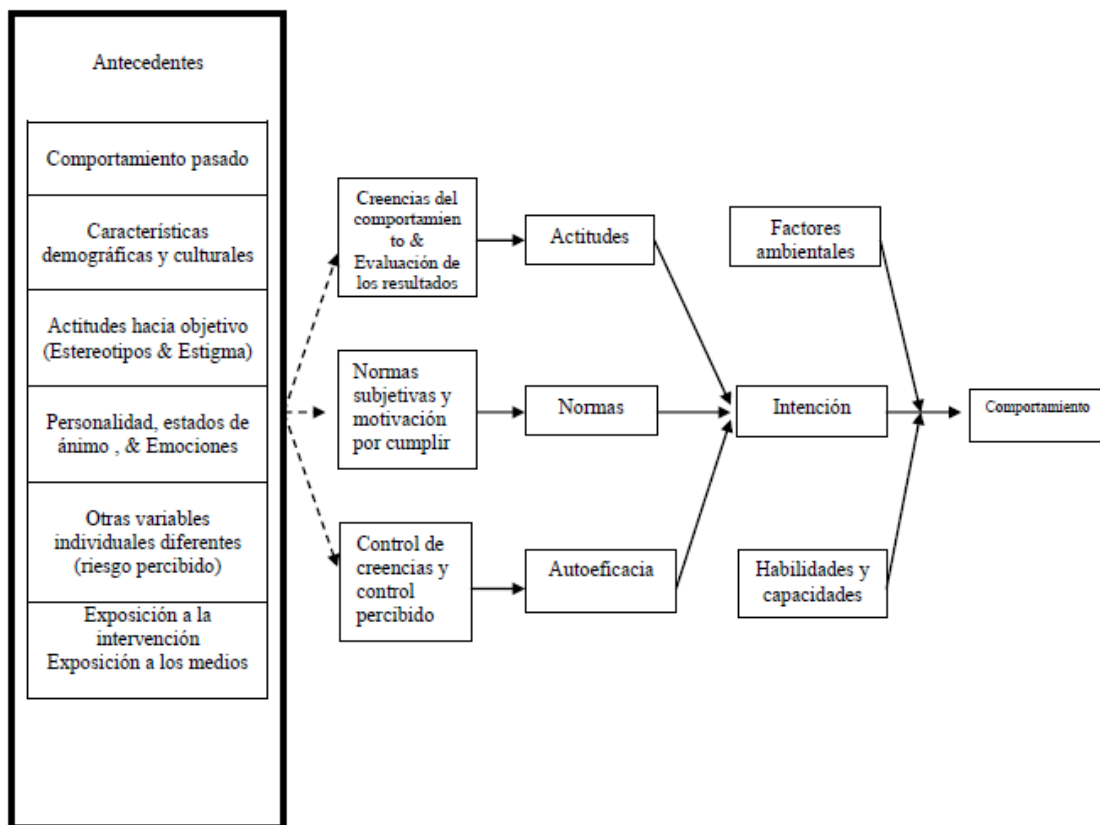
El estudio publicado por Sylvmarie Gatt y Roberta Sammut en 2008 se basó en la teoría del comportamiento planeado y tuvo como objetivo explorar la relación entre actitudes, norma

subjetiva e intenciones con comportamientos de autocuidado en personas con DM2. Este estudio refiere que la teoría del cambio planeado provee de una explicación adecuada de factores relacionados a comportamientos de autocuidado en personas con DM2 y por otro lado demuestra que el control percibido del comportamiento es el factor predictor más importante en relación con la intención de realizar un comportamiento de autocuidado. Asimismo, los participantes en el estudio refirieron mayor control percibido en la toma de sus medicamentos y bajo control en la realización de ejercicio y llevar a cabo una dieta adecuada. Cabe mencionar que una de las limitantes que refieren los autores es que la teoría del comportamiento planeado se basa en procesos cognitivos y pasa por alto variables emocionales que sería importante considerar en los comportamientos relacionados a la salud. (Gatt & Sammut, 2008)

Un estudio realizado en Australia y publicado en 2016 documentó un meta-análisis, donde probó constructos teóricos de comportamientos en salud (consumo de alcohol y alimentación), específicamente el caso de la teoría del comportamiento planeado. Los resultados confirmaron los procesos clave entre los constructos de actitudes, norma subjetiva y control percibido. En cuanto a los efectos secundarios, las actitudes fueron el constructo más generalizado, mientras que la norma subjetiva y el control percibido tuvieron un papel menos notorio. En el estudio se incluyó el efecto de un comportamiento pasado en la relación de los constructos y se demostró que incluyéndolo se reducían los efectos de la intención en el comportamiento, esto demuestra que las intenciones son modestamente efectivas en cuanto a la estabilidad de un cambio de comportamiento en salud, conclusión en donde Hagger, Chan, Proterou, & Chatzisarantis (2016) coinciden con otro estudio de Sniehotta quien señala que esta teoría resulta estática.

Cabe mencionar que Fishbein siguió trabajando en su propuesta teórica y en el año 2000 propone el Modelo Integral de Cambio de Comportamiento. En este modelo la intención sigue siendo determinante para el comportamiento, sin embargo, también considera que los individuos cuenten con las habilidades y capacidades necesarias para llevar a cabo la acción deseada, aspectos que no indican la posibilidad de que no existan obstáculos ambientales que dificulten o impidan el comportamiento. El Modelo establece tres determinantes de la intención: 1) las actitudes hacia el comportamiento, 2) las normas percibidas y 3) la auto-eficacia. (Fishbein & Capella, 2006)

Figura 11. Esquema del Modelo Integral de cambio de comportamiento



Fuente: Fishbein & Capella, 2006

En este breve recorrido por el componente cognitivo de las actitudes vemos como su fundamento en el supuesto de expectativa-valor se ha enriquecido con el paso del tiempo. De esta manera podemos identificar bases importantes en la teoría del intercambio de Homans, pasando por el Modelo de Creencias en Salud, así como el paso de la Teoría de la acción razonada hasta el Modelo Integral de cambio de comportamiento en donde se reconocen y adquieren un papel importante los factores ambientales, además de las habilidades y capacidades para realizar un comportamiento.

#### **4.4.2 Componente afectivo**

El componente afectivo se relaciona con el estudio de las emociones en psicología, donde encontramos dos tradiciones teóricas, por un lado, la perspectiva biológica y por el otro las teorías relacionadas con aspectos cognitivos. (Morales, 2007)

En la perspectiva biológica destacan en primer lugar William James, quien formuló en 1884 la primera teoría moderna de la emoción donde el autor apunta que se trata de un proceso y para que se presente es necesario que haya cambios en los centros motores y sensoriales; en segundo lugar, encontramos a James Lange, quien se acerca mucho en la obra de James en 1885. Estos autores señalan que nuestras emociones son resultado de las transformaciones fisiológicas en nuestro cuerpo. Posteriormente aparece Walter Cannon quien propone una teoría en 1927 y que es modificada en 1934 por Philip Bard, siendo conocida como Teoría de Cannon-Bard. (Morales, 2007)



Por otro lado, la perspectiva cognitiva se centra en conocer las interrelaciones entre emoción y cognición, lejos de comprender a la emoción en contraposición de la razón. En esta perspectiva se ubican Schachter y Singer, Lazarus, Scherer, Frijda y Weiner. En este sentido, el interés se centra en la propuesta de Lazarus para quien la emoción es resultado de un proceso de valoración cognitiva en donde se ponen en juego los recursos de afrontamiento sus posibles resultados. (Morales, 2007)

Las ideas centrales de Lazarus se encuentran en sus obras *Stress, Appraisal, and Coping* de 1984, trabajo que realizó con Susan Folkman, así como su obra de 1994 *Passion & reason: making sense of our emotions*, llevada a cabo con Berenice N. Lazarus. Los conceptos más importantes que encontramos desde la obra temprana de Lazarus son el estrés, la evaluación y el afrontamiento.

El estrés se trata de una condición o sentimiento experimentado cuando la persona percibe que lo que le demanda su entorno excede los recursos tanto personales como sociales que es capaz de movilizar. Un aspecto muy importante que entra en juego aquí es la percepción de las personas hacia la situación, misma que es posible observar desde tres factores relacionados entre sí: percibir una situación dada como una amenaza; la vulnerabilidad experimentada hacia dicha amenaza y; la capacidad para hacerle frente. En este sentido se habla de estrés psicológico como una situación que pone en peligro el bienestar de la persona ya que es percibida como un agravante o que supera sus recursos, todo ello manifestado en una relación particular entre la persona y el ambiente. (Lazarus, 1984)

Asimismo, Lazarus (1984) considera la evaluación en términos cognitivos, siendo un proceso mediante el cual se ponen en consideración por un lado la tendencia amenazante y por el otro lado la evaluación de recursos, aspectos que contribuyen a una determinada respuesta ante el estrés. Asimismo, la evaluación contempla una evaluación primaria que implica lo que la situación determinada significa para la persona y la evaluación secundaria que se refiere a los sentimientos relacionados con el estrés o la tensión que se produce. Cabe mencionar que la evaluación secundaria sucede a la par de la primaria y de hecho, en algunas ocasiones la evaluación secundaria es causa de la primaria. Por otro lado, las creencias tienen un papel importante en los procesos de evaluación, sin embargo, también hay factores situacionales que pueden influir en el proceso.

En relación con el estrés psicológico y la evaluación se encuentra el afrontamiento, que de acuerdo a Lazarus (1984) es un proceso para el manejo de las demandas externas y/o internas específicas que se aprecian como una sobrecarga o que superan los recursos de la persona, en el que se da un constante cambio de esfuerzos cognitivos y de comportamiento. Se distinguen dos tipos de afrontamiento 1) centrado en el problema, aparece cuando sentimos control sobre la situación; y 2) centrado en la emoción, se presenta cuando la persona siente que no puede manejar lo que origina el problema.

Un aporte central de Lazarus es el planteamiento de que las evaluaciones cognitivas conducen a emociones cualitativas específicas. Para este autor, las emociones son el organizador fundamental de la vida, lo que lo llevó a consolidar su propia teoría cognitivo-motivacional-relacional. Esta teoría sintetiza las propuestas de Lazarus a través de los años, la teoría retoma los

dos constructos de las que parte el autor cognición y motivación, además añade la palabra relación para considerar el significado en la interacción entre la persona y el ambiente. (Morales, 2007)

#### ***4.4.2.1 Diabetes y estrés.***

Aunque el vivir con diabetes se relacione con diversos con aspectos emocionales, el interés por comprender las prácticas de autocuidado lleva a considerar que un elemento para su comprensión es el estrés. Por otro lado, pero en el marco de las emociones, se sabe que la calidad de vida de las personas que viven con diabetes puede verse disminuida debido a las exigencias que el día a día representa cuando se vive con esta condición de salud. En este sentido, el estudio DAWN2 analizó los retos psicosociales a los que se enfrentan las personas con diabetes. En los resultados de este estudio acerca de la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas con diabetes y sus familias en España se expone que un porcentaje considerable de las personas con diabetes, así como sus familiares tienen niveles altos de estrés asociados a la experiencia de vivir con esta condición de salud. (Beléndez Vázquez, Lorente Armendáriz, & Maderuelo Labrador, 2015)

A pesar de que ya se revisó en el presente documento la diferencia entre autocuidado y adherencia al tratamiento, vale la pena mencionar el estudio llevado a cabo en Yucatán cuyo objetivo consistió en identificar la asociación entre estrés y depresión respecto al apego al tratamiento en personas con DM2 en una unidad de medicina familiar de la ciudad de Mérida. Dicho estudio asume la adherencia al tratamiento como el contexto que facilita que el comportamiento de la persona sea coincidente con las recomendaciones que se le han dado para su cuidado. Las personas con alguna condición crónica, como lo es la DM2 pasan por diversas

reacciones emocionales que pueden incluir la depresión, ansiedad, enojo o estrés, que en sí mismos son causa de desequilibrios metabólicos. Específicamente el estrés y la depresión se asocian a este descontrol metabólico, ya que representan un riesgo para la adherencia al tratamiento en términos de olvido o descuido, datos que fueron corroborados por el estudio que aquí referimos. A este respecto se expone que la condición de salud, es decir, la enfermedad misma es una de las fuentes de estrés, debido a que el sentirse enfermo, ocasiona que la persona pueda considerarse diferente a los demás y esto lo lleve a hacer frente a las ideas que los demás tienen sobre su condición de salud. De esta manera los factores aquí expuestos dan origen a un círculo vicioso entre estrés, depresión y un no adecuado apego al tratamiento. (Sánchez-Cruz, Hipólito-Lorenzo, & Nugártegui-Sánchez, 2016)

De igual manera, encontramos que Méndez y Beléndez (1994) realizan una revisión de los efectos del estrés emocional y la diabetes en donde exponen que a través de diversos estudios de laboratorio y de campo se sugiere que el estrés puede tener un efecto en el control de la diabetes mediante dos mecanismos. El primer mecanismo es el directo debido a la secreción de hormonas relacionadas con el estrés donde se ha documentado que las diferencias en los procesos de valoración y afrontamiento de cada persona parecen contribuir a la respuesta glucémica al estrés, evidencia ha promovido el uso de estrategias como la relajación y fortalecimiento de habilidades sociales para apoyar a personas con diabetes en el afrontamiento de su condición de salud. El segundo mecanismo es el indirecto que se relaciona con la intervención del estrés en estrategias de afrontamiento relacionadas con comportamientos de autocuidado lo esto a su vez se ve reflejado en el estado de salud de las personas, en este sentido se hace referencia al los métodos para hacer frente a los problemas de salud de Billings Y Moos

(1981) (citados en Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992), quienes identifican estrategias activas (buscar ayuda de un profesional, amigo, familiar, información y planeación), estrategias de evitación (comer, fumar, esperar que algo pase, dormir más) y finalmente apartarse de la gente.

Para continuar esta línea encontramos que en 2016 se documenta un estudio de cohorte realizado en París, Francia de octubre de 1998 a diciembre del 2011, cuyo interés radicó en reflexionar sobre la manera convencional en que la literatura ha asociado el estrés percibido y su efecto sobre la diabetes, esto lo llevaron a cabo poniendo a prueba la hipótesis la asociación ente el estrés percibido y la diabetes en relación con la ocupación o estatus laboral de las personas. Este estudio parte de que la relación entre el estrés y la DM2 es una hipótesis arraigada desde donde el control glucémico depende del estrés, sin embargo, es importante considerar el papel de otros factores que quizá estén siendo considerados superficialmente, por ejemplo, podría considerarse el cuerpo de evidencia que sugiere que la relación entre variables psicológicas con enfermedades cardiovasculares podría presentar más fuerza en personas de bajo nivel socioeconómico. De esta manera se promueve la búsqueda de mediadores que ayuden a comprender las variables relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, un ejemplo de ello es que la hipertensión está relacionada con más fuerza al estrés percibido en personas con un nivel socioeconómico más bajo, al igual que se refieren estudios que han encontrado más riesgo asociado a depresión en personas con ésta misma condición socioeconómica. Con base lo anterior, en el estudio se usó el estatus ocupacional como un proxy de condición socioeconómica, donde efectivamente demostraron la asociación de la incidencia de diabetes con el estatus ocupacional. (Wiernik et al., 2016)

Como se puede observar está documentado que el vivir con diabetes representa en sí mismo una fuente de estrés y que cada persona genera estrategias de afrontamiento de acuerdo a sus características, sin embargo, también sería importante considerar algunas condiciones estructurales como la condición socioeconómica o laboral como un mediador importante entre el estrés y la incidencia de diabetes y la generación de estrategias de afrontamiento.

La importancia del afrontamiento ha sido documentada por el estudio realizado en cinco unidades de medicina familiar en la ciudad de Querétaro que demostró que el afrontamiento activo favorece comportamientos saludables, incluidos la actividad física, una dieta adecuada y la adherencia farmacológica. (Gómez-Rocha, Galicia-Rodríguez, Vargas-Daza, Martínez-González, & Villarreal-Ríos, 2010).

Finalmente, el estudio realizado por Pupko y Azzollini (2012) en hospitales de Buenos Aires demostró que una actitud positiva promueve el valorar la diabetes como un desafío, lo que favorece la aparición de estrategias activas de afrontamiento, que se traducen en una mejora en el autocuidado, de esta manera se sustenta la relación entre actitudes, estrategias de afrontamiento y autocuidado.

#### **4.4.3 Componente conductual.**

Con respecto al componente conductual, retomaremos la teoría de la disonancia cognitiva, misma que fue propuesta por Leon Festinger en 1957 es considerada como una de las más importantes para la Psicología Social. La inquietud por el desarrollo de una teoría que ayudara a explicar por qué las personas necesitan justificar las creencias acerca de su conducta

surgió a partir de reflexionar sobre las investigaciones sobre rumores. En el caso de los rumores se retoman el ejemplo de una catástrofe, en donde, después de experimentado un fenómeno se corría la voz acerca de que en breve ocurriría una catástrofe mayor, sin embargo, esto lo mencionaban las personas que menos daño habían sufrido. De acuerdo a Festinger lo anterior se debía a que quienes habían experimentado daños no necesitaban una justificación para su ansiedad y quienes no lo habían experimentado sí necesitaban esta justificación. (Morales, 2007)

En contraposición con el conductismo la teoría de la disonancia cognitiva pone en duda la utilidad del refuerzo para modificar las actitudes, ya que se podría pensar que a mayor incentivo mayor sería el cambio de actitud, sin embargo, desde esta teoría no siempre sería así. Morales (2007)

De acuerdo a Morales (2007) el postulado básico es que el ser humano procura lograr que su conducta sea coherente con sus creencias y actitudes. Ese deseo de coherencia es una de las principales motivaciones humanas.

Hacia finales de los años 50 se desarrollan teorías que buscan explicar la forma en que las personas buscan esa consistencia. Se distinguen la Teoría de la congruencia (Osgood y Tannenbaum, 1955), la Teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957) y la Teoría del equilibrio de Heider, 1958). Estas teorías se basan en que las personas, con la finalidad de experimentar bienestar psicológico buscan mantener coherencia entre sus creencias, actitudes y comportamientos.

Morales (2007) elabora un cuadro comparativo que nos es de utilidad para diferenciar las teorías antes mencionadas (Ver Tabla 9).

Tabla 9. La teoría de la disonancia frente a las teorías de la congruencia y del equilibrio

<b>Teoría de la congruencia Teoría del equilibrio</b>	<b>Teoría de la disonancia cognitiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinciden en centrarse en el problema de la incoherencia entre diferentes actitudes</li> <li>• Comparten un postulado básico: la incompatibilidad entre actitudes, es decir, su incoherencia, produce un estado psicológico desequilibrado que tratará de equilibrarse mediante el cambio de algunas de esas actitudes.</li> <li>• Las dos teorías proponen que la búsqueda de consistencia entre actitudes es una necesidad de mantener una lógica, propia del ser humano racional, en el conjunto del sistema de creencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aparta de las dos teorías anteriores por mantener un presupuesto fundamental: la persona rara vez admite que existe esa inconsistencia, sino que trata de justificar su conducta</li> <li>• El proceso más común no es, por lo tanto, la búsqueda de consistencia, sino la racionalización de las inconsistencias.</li> <li>• Cuando la persona no consigue racionalizar sus inconsistencias experimenta un malestar psicológico que le hará sentirse incómoda.</li> <li>• Los supuestos de la teoría propuesta por Festinger no sólo permiten predecir cuándo se crea la disonancia, sino cómo se puede reducir.</li> </ul>

Fuente: Morales (2007)

Para Festinger es importante que quede claro que su propuesta no se relaciona con la racionalidad y por esto en lugar de usar inconsistencia usa la palabra disonancia y la palabra consistencia la sustituye por consonancia. Son dos las hipótesis básicas en su teoría 1). La persona trata de reducir la disonancia porque es psicológicamente incómoda y 2). La persona no



sólo trata de reducir la disonancia, sino también evita activamente las situaciones o información que la aumentarían. (Morales, 2007)

En términos de modelos de cambio de comportamiento en salud, de acuerdo a Álvarez (2010) la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger se basa en una perspectiva individual, dando énfasis particularmente a las cogniciones, lo que deja a la persona como determinante de su propio cambio.

#### ***4.4.3.1 El conflicto decisional, autocuidado y bienestar psicológico.***

Considerando que la disonancia cognitiva conlleva en sí misma un conflicto decisional, es importante mencionar que se ha desarrollado un modelo para la toma de decisiones compartida en el paciente, pensando que podría ser una estrategia que aporte en la mejora del cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Dicho modelo se basa en el paradigma de la medicina centrada en el paciente. Desde este modelo se busca que el paciente sea activo y esté interesado en su salud, lo que puede tener implicaciones en generar un conflicto derivado del proceso de toma de decisión, desde donde se destaca que es necesario tener presentes los signos de conflicto decisional, así como los factores modificables de este conflicto. (Ver Tabla10)

Tabla 10. Conflicto decisional y factores modificables

<b>Signos de conflicto decisional</b>	<b>Factores modificables en un conflicto decisional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acentuación de la incertidumbre</li> <li>-Magnificación de los resultados negativos</li> <li>-Retrasos injustificados en la elección de procedimiento</li> <li>-Ansiedad asociada a la necesidad de elegir</li> <li>-Síntomas o signos de estrés</li> <li>-No cumplir con las propuestas de tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ideas erróneas por falta de información sobre las opciones o por expectativas a la realidad</li> <li>-Escasos recursos personales, familiares o sociales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en Costa Alcaraz & Almendro Padilla, 2009

Desde este modelo, los pacientes, además de información necesitan ser tratados como personas y recibir una atención de calidad. Lo anterior se logra atendiendo sus emociones, respetando su intimidad, tomando en cuenta sus valores e invitándolos a participar de la toma de decisiones, lo que mejora la atención. De esta forma se considera como factor clave a la confianza en la relación clínica, lo que podría conferir un efecto terapéutico a la propia entrevista y a su vez puede relacionarse a mejores resultados de autocuidado. (Álvarez, 2010)

De acuerdo a Jovell y colaboradores (2006) un paciente activo se hace responsable de buscar una asistencia sanitaria de calidad y de un mayor control de su enfermedad. Este concepto de paciente activo se relaciona con el apoderamiento o empowerment, término que hace referencia a un paciente con los conocimientos y las habilidades requeridos para hacer frente a su condición de salud. Siguiendo a Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez (2011), a partir de esto adquiere relevancia la participación ciudadana en el ámbito de la salud, lo que le da un papel relevante al autocuidado, lo que ha generado experiencias que han logrado el aumento de confianza de las

personas para cuidar de sí mismos, una mejor calidad de vida y bienestar psicológico e incremento de la autoestima.

Como se puede observar a lo largo de este capítulo, el estudio de las actitudes cuenta con múltiples desarrollos teóricos. Desde la propuesta de Ignacio Martín Baró encontramos una postura crítica ubicada desde la tradición histórico dialéctica pero que da un papel importante a la relación de significado de sujeto-objeto, sin embargo, en sí misma brinda importancia a lo cotidiano y a sus contradicciones reconociendo así los aportes de Festinger y su disonancia cognitiva. De esta forma, contar con elementos que apoyen en la reflexión de las actitudes desde la tradición individualista, nos llevó a los aportes de Homans y su teoría del intercambio y la forma en que se han desarrollado modelos y teorías de cambio de comportamiento basadas en la relación entre expectativa y valor. Asimismo, la tradición individualista nos permitió profundizar en los componentes clásicos de la formación de las actitudes –componente afectivo, cognitivo y conductual-, cada uno de ellos ligados a propuestas teóricas determinadas, además de estudios empíricos que nos ubican en la sintonía de considerar la necesidad de un abordaje complejo del vivir con diabetes y por ende de sus prácticas de autocuidado.

Contar con elementos teóricos para reflexionar más ampliamente acerca de las actitudes que subyacen a las prácticas de autocuidado será muy importante para generar una discusión que aproveche los aportes de la tradición histórico dialéctica e individualista desde una perspectiva psicosocial.

## Capítulo 5. Problema y objetivos

### 5.1 Planteamiento del problema

La DM2 es uno de los mayores retos para el sistema de salud mexicano. Sus consecuencias relacionadas con su cronicidad y complicaciones generan impactos psicológicos y sociales por sus implicaciones en áreas significativas de la vida. Las investigaciones médicas no suelen tomar en cuenta la forma en que los individuos perciben e interpretan estas consecuencias.

El autocuidado es esencial para mantener el control metabólico en personas con DM2 reduciendo sus complicaciones. Las prácticas de autocuidado se relacionan con la perspectiva que se tenga de ser humano, salud, así como con percepción y conocimiento sobre diabetes. Una actitud positiva favorece el valorar la enfermedad como desafío, lo que promueve el autocuidado. Asimismo, las personas con DM2 dan mayor peso al impacto psicosocial y a la autonomía frente a su cuidado, elementos que construirían relaciones de mayor confianza e independencia con el médico.

Desde la Psicología de la Salud Comunitaria se asume que la salud adquiere sentido en la vida cotidiana y es necesario brindar a los pueblos los medios requeridos para su control, esto incluye favorecer la autonomía y mejorar las condiciones de vida. El *empowerment* como una alternativa centrada en las posibilidades cotidianas coincide con la Promoción de la Salud Emancipadora (Chapela, 2010), que define la salud como una capacidad humana inscrita en el cuerpo, donde se generan las posibilidades de diseñar, decidir y actuar futuros que sean viables.

Una orientación de bienestar permite concebir el ser en su contexto socio-histórico. El bienestar psicológico se reconoce como la posibilidad de desarrollar el potencial de uno mismo, por lo tanto, no se ubica como el motivo principal, sino una vida bien vivida. Asimismo, por un lado, la necesidad de autonomía incluye libertad de agencia, concepto coincidente con la capacidad de agencia de autocuidado y la orientación de *patient empowerment* y por otro lado la autoestima es un importante predictor del bienestar psicológico.

Los avances tecnológicos y científicos han promovido una conceptualización del cuidado orientado a la curación; el modelo biomédico ha separado el cuerpo y sus funciones, además ha desvalorizado saberes cotidianos que dan respuestas favorables al cuidado integral de cuerpo, quitando el sentido activo de las personas. Mientras que una conceptualización desde los cuidados ejercidos en el cotidiano parte de una perspectiva de individuo autónomo. (Uribe, 1999)

Para la comprensión del autocuidado desde lo cotidiano se distinguen dos perspectivas:

- 1). *Sociológica*, basada en el significado de prácticas habituales ejercidas por actores reflexivos (agentes) implicadas en procesos de institucionalización y racionalización donde se debaten saberes populares y conocimientos científicos en el *campo* de la salud relacionado al *habitus* mediado por prácticas específicas, y;
- 2). *Psicosocial*, donde la vida cotidiana se desarrolla en las formaciones sociales, en las que el modo de vida –estilos de vida– vincula procesos objetivos y subjetivos orientando las posibilidades materiales y el tipo de relaciones interpersonales.

La discusión acerca de las actitudes como dimensiones psicosociales se basa en dos tradiciones: 1). *histórico-dialéctica*, donde las actitudes materializan los intereses sociales, constituyendo esquemas de su ideología social, estas se presentan en relaciones significativas de compromiso basadas en la interacción en una actividad que solucione problemas cotidianos, por lo que en la vida práctica se forman las actitudes sociales; 2). *individualista*, a partir del paradigma del intercambio el comportamiento tiene un valor propio en la experiencia cotidiana donde tiene lugar el equilibrio práctico basado en el principio de la justicia distributiva.

De acuerdo a los componentes de las actitudes: 1). *cognitivo*, el control percibido es el predictor más importante de la intención de realizar un comportamiento de autocuidado, 2). *afectivo*, las personas con DM2 y sus familiares presentan altos niveles de estrés asociados a vivir con esta condición de salud, esto constituye un riesgo para la adherencia al tratamiento por olvido o descuido y puede afectar directamente en su control por secreción de hormonas relacionadas con el estrés e indirectamente interviniendo en estrategias evitativas de afrontamiento, y 3). *conductual*, las prácticas de autocuidado conllevan un conflicto decisional, por lo que se ha desarrollado un modelo para la toma de decisiones compartida en el paciente cuya clave es la confianza en la relación clínica, esto es base para el concepto de paciente activo. Finalmente, desde la promoción del autocuidado se ha logrado aumentar la confianza de las personas para el cuidado de sí mismas, bienestar psicológico y autoestima lo que se ha traducido en una mejor calidad de vida.

Tomando como base la Psicología de la Salud Comunitaria y considerando el autocuidado como prácticas de la vida cotidiana en un contexto socio-histórico determinado, susceptibles a ser comprendidas desde las actitudes como dimensiones psicosociales, así como la

relación entre el autocuidado y el bienestar psicológico, la pregunta de investigación que orientó el estudio fue la siguiente:

¿Cómo se caracterizan y fundamentan las dimensiones psicosociales de las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2 y cuál es su relevancia en relación al bienestar psicológico en la comunidad de Xoxocotla?

## 5.2 Objetivos

Por lo anterior, la comprensión de las actitudes –dimensiones psicosociales- subyacentes a las prácticas de autocuidado y cómo es que se relacionan con el bienestar psicológico, da elementos para emitir recomendaciones para promover la sensibilidad sociocultural de programas o intervenciones dirigidas a personas con esta condición de salud, con esta finalidad los objetivos de la presente tesis fueron los siguientes.

### Objetivo principal

- Comprender las dimensiones psicosociales de las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2, así como su relevancia en relación al bienestar psicológico en la comunidad de Xoxocotla.

### Objetivos específicos

Se estableció como *primer objetivo específico*:

- Identificar y describir las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2 en Xoxocotla

La finalidad de este objetivo fue conocer las prácticas y significados del cuidado de sí mismos en términos de salud que las personas con DM2 llevan a cabo en su día a día. En ésta misma línea y para un abordaje más profundo se estableció como *segundo objetivo específico*:

- Identificar y describir las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas con DM2 en Xoxocotla

Una vez identificadas y descritas las actitudes implicadas en las prácticas de autocuidado la siguiente interrogante consistió en ¿Cuál es y cómo se da la relación entre las condiciones de bienestar psicológico y las dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con DM2? Cómo es vivido el bienestar por las personas con DM2 en Xoxocotla partiendo de las prácticas para cuidar su salud promovidas por sus actitudes? De ahí que el *tercer objetivo específico* del presente proyecto sea:

- Fundamentar la relación de las condiciones de bienestar psicológico con las dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con DM2



## **Capítulo 6. Método**

### **6. 1 Fundamentos metodológicos**

El presente proyecto de investigación doctoral se planteó desde la Psicología de la Salud Comunitaria. Su finalidad es la comprensión de las dimensiones psicosociales (actitudes) que subyacen a las prácticas de autocuidado en el marco de lo cotidiano, es decir, donde se desarrolla la experiencia de vivir con diabetes. Esto se llevó a cabo a través de metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico-hermenéutico y haciendo uso de la historia de vida.

La necesidad de explicitar los fundamentos metodológicos en los que se basó la presente investigación radica en que a pesar de que los estudios sean plantados desde lo cuantitativo y/o cualitativo, esto no define por sí mismo su enfoque metodológico. (Ángel-Pérez, 2011) De acuerdo a Tarres (2001), no es que la realidad social sea cuantitativa o cualitativa, si no que son las perspectivas teóricas y los supuestos paradigmáticos los que definen el uso de un enfoque cuantitativo o cualitativo. Con base en esto a continuación se describen los fundamentos metodológicos en los que se basó la investigación.

#### **6.1.1 Metodología de la investigación cualitativa.**

De acuerdo a Strauss y Corbin (2002) la investigación cualitativa consiste en toda aquella investigación que genera hallazgos a los cuales no se llega por medio de procedimientos estadísticos, aunque es posible que incluya cuantificaciones el análisis es desde la interpretación. Mediante la metodología cualitativa puede usarse para la obtención de detalles complejos de algún fenómeno.

Para Denzin y Lincoln (1994) las metodologías cualitativas pueden considerarse como un *bricolage* y al investigador como un bricoleur, con ello admiten que las herramientas utilizadas pueden ser diversas mientras no se pierda de vista el objeto de estudio y el rigor en el análisis, en este sentido el presente se basó en aspectos específicos de diversos enfoques metodológicos con la finalidad de contar con fundamentos y herramientas que apoyaran en la obtención de los objetivos planteados.

### **6.1.2 Psicología Comunitaria: paradigma de la construcción y transformación crítica.**

La posibilidad abierta y creativa de la que hablan Denzin y Lincoln (1994) al hablar del *bricolageda* pie a la combinación de herramientas, dependiendo de lo que se busca investigar. Sin embargo, siempre se parte de supuestos y/o formas de conocer el mundo., es decir, el paradigma que dirige la mirada o en otras palabras construye nuestro objeto de estudio. Para Guba y Lincoln (2002) se trata de creencias básicas o principios que sustentan la naturaleza del mundo, así como el lugar y relación que guarda con los individuos. Asimismo, Montero (2004) menciona que un paradigma incluye tanto la concepción del mundo como la concepción del individuo cognoscentey ambos en relación, lo que supone prácticas e interpretaciones.

Para Guba y Lincoln (2002), aquello que define los paradigmas puede ser identificado por medio de tres dimensiones, mismas que expresan cuestionamientos específicos, la primera es una pregunta Ontológica, que se cuestiona la naturaleza de la realidad y cómo podemos conocerla; la segunda es una pregunta Epistemológica, que se cuestiona acerca de la relación entre quien conoce o quiere conocer y aquello que puede ser conocido; y la tercera es una pregunta

Metodológica, relacionada con las alternativas que tiene quien investiga para saber si lo que desea puede ser conocido.

Por otro lado, la Psicología Comunitaria surge casi al mismo tiempo que el paradigma relativista cuántico, que es conocido como el “nuevo paradigma”, podría decirse que esta psicología es una manifestación de éste nuevo paradigma, mismo que empieza a ocupar un lugar importante a partir de los años 80 del siglo XX, lo que hace que esta psicología esté marcada por la complejidad, el holismo y la ambigüedad (borrosidad). De acuerdo a Montero (2004), este nuevo campo se ha desarrollado a partir de la praxis, donde se actúa desde la crítica, no solo hacia aspectos teórico-metodológicos, sino también hacia la concepción de ser humano y su rol en la producción de conocimiento. Esta Psicología surge a partir de la inquietud de intervenir en problemas psicosociales con un horizonte de transformación de las personas y su entorno, con la finalidad de que la psicología sea efectivamente social.

El paradigma de la Psicología Comunitaria se expresa a sí mismo en su forma de hacer, que se traduce, en la definición de sus roles, actores, agentes externos e internos a partir de un campo de acción compartido. Las transformaciones buscar ser definidas y dirigidas por las mismas personas involucradas. Asimismo, los conceptos y la construcción teórica están dados a partir de la acción y la reflexión, lo que ha dado paso a un modelo de conocimiento que cumple la función de estructurar y sistematizar el saber generado. Dicho modelo ha sido denominado por Montero (2004) como paradigma de la construcción y transformación crítica y supone cinco dimensiones en lugar de los tres propuestos por Guba y Lincoln (2002), es decir, a las dimensiones Ontológica, Epistemológica y Metodológica, se suman la dimensión Ética y la

Política. Dichas dimensiones se describen en el capítulo 2, por lo que en este apartado solo se hace énfasis en las dos dimensiones que propone la Psicología Comunitaria, por un lado la Ética que es la definición y reconocimiento del Otro en la producción de conocimiento y por otro lado la Política que hace referencia al carácter y finalidad del conocimiento, se relaciona con el ¿qué? y el ¿para qué?, así como por la preocupación por el ámbito de aplicación y sus efectos sociales, además de tomar en cuenta la posibilidad que todos tienen de expresarse y hacerse oír en lo público. Estas dos dimensiones –la Ética y la Política- en muchas ocasiones se encuentran en la acción, pero es necesario explicitarlas como parte de la producción de conocimientos. (Montero, 2004)

La influencia de distintos desarrollos teóricos sobre la Psicología Comunitaria, muestra coincidencias con la Teoría Crítica, las propuestas de Marx y Engels, Freire, Ignacio Martín-Baró y la Psicología Social de la Liberación, así como de la fenomenología a través de Dilthey y Shütz, quienes aportan la búsqueda de la totalidad, la visión holista y la necesidad de abandonar la separación entre investigador e investigado, partiendo de la comunidad como una totalidad en donde se asume al ser humano como actor y constructor de la realidad, donde se gesta la transformación social a partir de la vida cotidiana. (Montero, 2004; Montero, 2008)

Como podemos observar, el paradigma propuesto desde la Psicología Comunitaria representa ese bricolage del que nos hablan Denzin y Lincoln, en el que la praxis adquiere un papel fundamental y coincide con la tradición reflexiva de Tarrés (2001), la cual busca ir más allá que la mera ciencia de repetición, apostando a la producción de conocimiento y no sólo a la reproducción del mismo. Para dicha tradición lo sustantivo es una actitud analítica y crítica, cuya finalidad sea revisar y evaluar los supuestos, teorías y métodos convencionales, no sólo en

debates abstractos sino considerando también sus circunstancias históricas, lo que permite reconocer la coexistencia de diversos presupuestos y criterios de racionalidad.

Es así como sentando las bases desde el paradigma de la construcción y transformación crítica de la Psicología Comunitaria se van montando los puntos necesarios para el tejido del enfoque metodológico que guiará el proyecto de investigación doctoral cuyo objetivo es la comprensión de las prácticas y dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con diabetes.

### **6.1.3 Fenomenología-hermenéutica.**

En este sentido, la metodología cualitativa siempre tiene un carácter fenomenológico e incorpora lo que los participantes dicen, así como sus experiencias, creencias, actitudes y reflexiones, tal y como son expresados por ellos mismos. Cabe mencionar que la Fenomenología es un movimiento filosófico que busca la descripción de las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia esto, sin recurrir a la teoría, deducción o suposiciones provenientes de otras disciplinas como es el caso de las ciencias naturales, además tiene como objetivo la comprensión de habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, asumiendo que es a través de la actividad práctica que se fundamenta la manera de vivir de las personas en el mundo. En este sentido, la hermenéutica se caracteriza por interpretar y comprender, para desvelar los motivos del actuar humano. (Gegeo, 1988; Cisterna, 2005; Bautista, 2011)

Tanto la fenomenología como la hermenéutica se asumen desde la tradición interpretativa. Edmund Husserl es el mayor representante de la fenomenología trascendental o descriptiva; por

otro lado, se encuentran Martín Heidegger, Hans-Georg Gadamer, entre otros, quienes reinterpretan la fenomenología y hacen un camino entre la fenomenología y la hermenéutica-interpretativa, que se dice, representa el giro hermenéutico de la fenomenología. Entonces, por un lado, se encuentra la fenomenología descriptiva y por otro lado la fenomenología hermenéutica interpretativa. La primera se plantea la pregunta ¿Cómo conocemos?, mientras que la segunda se plantea ¿Cómo es el ser? (Barbera, 2012)

La hermenéutica es una forma de comprender de manera crítica las relaciones humanas desde el marco amplio de la vida de la humanidad. Asimismo sugiere una actitud distinta de empatía profunda con el texto, asumiendo la subjetividad del investigador en lugar de suprimirla, es decir, parte de la construcción del conocimiento como un proceso subjetivo e intersubjetivo, posicionando al investigador en un contexto histórico, por lo que la hermenéutica puede ser parte de un método dialéctico que propicia la incorporación entre el texto y el lector en un proceso permanente de reconocimiento.(Cisterna, 2005; Baeza citado por Cárcamo, 2005; Bautista, 2011)

La racionalidad hermenéutica consiste en una forma de comprender y construir conocimiento en el cual la separación entre el investigador y el objeto de investigación desaparece. La construcción de conocimiento se asume como un proceso subjetivo e intersubjetivo. (Cisterna, 2005)

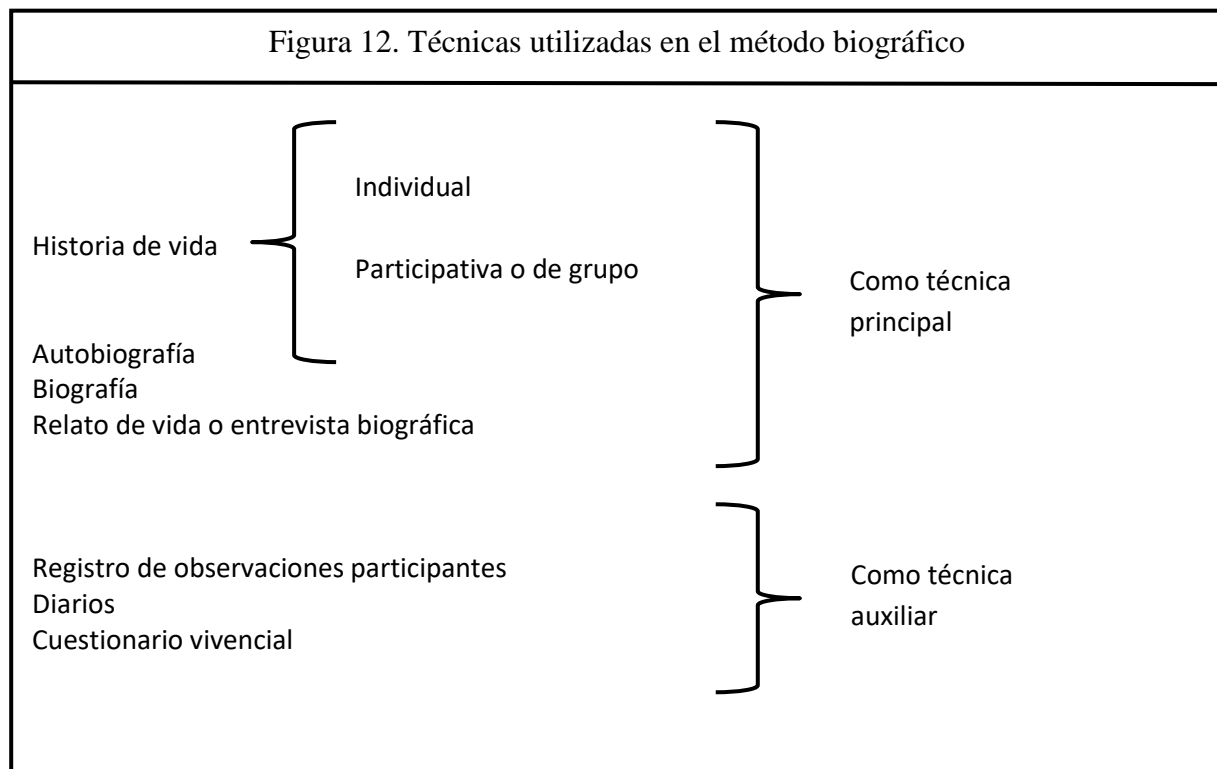
Para el presente trabajo se retoman algunas ideas de dos exponentes de la hermenéutica, en primer lugar Gadamer, para quien la hermenéutica concierne a toda relación general del hombre con el mundo y esto está fuertemente influenciado por la rehabilitación del diálogo

socrático-platónico que tiene la intención de definir la dialéctica de la experiencia humana, lo que se plantea como un camino para el entendimiento comunitario; en segundo lugar se encuentra Paul Ricoeur, quien centra su trabajo en lo que él mismo denominó filosofía reflexiva, en donde da relevancia al texto como unidad lingüística, misma que puede ser interpretada, por lo que en referencia al método hermenéutico lo que se busca es rescatar son narraciones de los participantes donde expresen su mundo de sentidos. De esta manera, los relatos son narraciones que dan forma a la experiencia de quien la expresa, por lo que de la misma manera el relato puede ser convertido en una unidad lingüística conocida como texto. En este sentido, el relato adquiere suma importancia, ya que explica y mientras explica se comprende, ya que al narrar una historia se crea un espacio entre la vida y la historia que se relata, lo que permite el acceso a una experiencia viva. (Barbera, 2012; Ríos, 2005)

Esta investigación retomó a la hermenéutica en el sentido de asumir el proceso investigativo en su dimensión histórico-social y dialéctica, por lo tanto, parte de que la ciencia no es ideológica ni políticamente neutral, postura que es consonante con el paradigma de la construcción y transformación crítica que es la base de la Psicología Comunitaria. Asimismo, asume el relato como la forma en es posible acceder a la experiencia de vida, en este caso, la experiencia de vivir con DM2. En otras palabras, con la fenomenología se busca la comprensión de los hechos particulares desde la conciencia de las personas, cuestión que la hermenéutica retoma interpretativamente poniendo énfasis en el diálogo, la historicidad y el relato-narración, por lo que se trata una aproximación fenomenológica-hermenéutica.

### 6.1. 3.1 Historia de vida desde una perspectiva comunitaria.

El relato resulta fundamental para la comprensión de la experiencia de vida, siguiendo a Santamarina (1999), las historias de vida se constituyen por relatos que son producidos intencionalmente, como puede ser elaborar y transmitir una memoria, ya sea personal o colectiva, que haga referencia a formas de vida en algún periodo histórico en concreto. De acuerdo a Montero (2006), las historias de vida se encuentran en el método biográfico (Ver Fig. 12).



Fuente: Montero (2006)

El método biográfico se caracteriza por la exploración de narraciones de la vida de una persona o miembros de un grupo o comunidad. No sólo se trata de transcurrir por fechas importantes, sino por la cotidianidad, los sentimientos, las creencias y las relaciones entretejidas



entre lo individual y lo sociocultural. Esta reconstrucción se puede llevar a cabo con una o con varias personas, además de que también se pueden utilizar técnicas auxiliares como las que se señalan en la Figura 12. (Montero, 2006)

En términos de lo comunitario, nos encontramos en un espacio que se reconoce por su sentido plural, así como por la integración de personas ligadas a relaciones e historia compartidas. Esto nos habla de que en las personas se construyen también a través de los demás, de su vida en comunidad, de ahí que los métodos biográficos no sólo hablan de personas que forman parte de una comunidad, sino también de su dinámica en ese espacio social. (Montero, 2004; Montero, 2006)

Generar estas narraciones rara vez es lineal, lo que resulta coherente con las paradojas y contradicciones de la vida cotidiana, por lo tanto, en el análisis se observan varios niveles: 1) nivel de contenido, lo que quien narra dice o cuenta; 2) nivel retórico, la imagen que busca dar de sí el narrador, de lo que quiere convencer, por qué y para qué lo hace y; 3) nivel hermenéutico, lo que el analista interpreta con base en las conclusiones que ha ido sacando de las lecturas de los textos, conversaciones con el narrador y del registro biográfico en general que incluye las preguntas y las indagaciones auxiliares. A pesar de contar con estos niveles, no hay una receta que se deba seguir en todos los casos para llevar a cabo el análisis, por lo ello dependerá de los casos y los investigadores a cargo. (Montero, 2006)

Santamarina (1999) destaca el alcance ético y político de las historias de vida, ya que éstas apuestan por recuperar la memoria y narrarla desde los actores sociales. Además, señala en

su texto una frase de M. Vilanova, referente a la capacidad atribuida a las fuentes orales que rompen con el aislamiento y soledad del mundo ya escrito, al que pertenece, en palabras de Santamarina (1999) el investigador domesticador y es que la posibilidad de enunciación de los acontecimientos a través de los relatos que el investigador escucha abre espacios desde donde emergen las formas de hablar y dar sentido a la memoria popular.

Este carácter ético y político implícito en las historias de vida es consistente con el paradigma planteado por la Psicología Comunitaria, en donde lo ético y lo político se suman a las dimensiones de lo ontológico, epistemológico y metodológico.

#### **6.1.4 Teoría Fundamentada.**

En cuanto a la fundamentación técnica para el análisis de la información obtenida se considera a la Teoría Fundamentada, que para Corbin y Strauss (2002) se trata de una teoría que deviene de datos que son recopilados sistemáticamente y analizados en un proceso de investigación, a su vez como metodología no sólo reconocen su capacidad de generar teoría, sino de fundamentarla en los datos.

El análisis hermenético se ubica en el paradigma interpretativo comprensivo, por lo tanto su eje fundamental es el proceso de interpretación. Con base en esto, se hizo necesario contar con elementos que guiaran el proceso de análisis-interpretación. En este sentido, Charmaz (2008) señala que los aportes de la Teoría Fundamentada como método consisten en que brindar directrices analíticas que apoyan a los investigadores en el desarrollo de categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes entre ellas. Asimismo, De la Cuesta (2006) reconoce que ayuda a explicitar los procedimientos de análisis cualitativo.

### 6.1.5 Etnografía.

La etnografía contribuyó en la orientación del trabajo de campo por medio de técnicas y perspectiva de reflexividad (Guber, 2001) que coincide con la fenomenología hermenéutica en cuanto a la relación de interacción entre el sujeto cognoscente (lector) y los actores (sujetos/objetos/actores). En este sentido, se dio importancia a aspectos sociales, culturales e históricos para la comprensión del contexto. Asimismo, el campo es el espacio para reaprenderse y reaprender el mundo. Las técnicas usadas en el trabajo de campo se describen más adelante.

## 6.2 Diseño

De acuerdo a la metodología cualitativa el trabajo de campo y análisis son procesos que no se encuentran separados. Sin embargo, es importante clarificar los momentos por los que se transcurrieron para la obtención de resultados que aquí se presentan. La orientación de la investigación la marcaron los objetivos, el flujo y relación de las actividades respondieron tanto a los tiempos definidos por el programa de Doctorado, como por las circunstancias del trabajo de campo y avances teóricos de la tesis, lo que contribuyó a la flexibilidad del proceso.

1. *Relación con la comunidad y la temática.* La investigadora de la tesis ha sido cercana al tema de diabetes y actitudes desde su tesis de maestría. Posteriormente ha estado en relación con la comunidad previamente desde su participación en un proyecto de investigación con un enfoque de salud y nutrición de base comunitaria algunos años antes de iniciar el proceso doctoral.

2. *Definición del proyecto y extrañamiento.* Para la definición del proyecto de investigación fue necesario realizar un proceso de extrañamiento o distanciamiento (reflexivo). Este proceso tuvo dos vertientes la primera a). Relación con la comunidad, esto con la finalidad de identificar aquellos aspectos de lo cotidiano que ya no se cuestionan; y b). Teórica en el sentido de ubicar la propuesta de investigación desde lo psicosocial, ya que la experiencia académica y la vida profesional brindaba una mirada orientada por la formación en salud pública, aspecto que buscaba ser enriquecido por el proceso de formación en el Doctorado en Psicología.

3. *Profundización.* El proceso de profundización se dio en dos sentidos a) *Teórico*, a partir del cual se construyó el marco que diera sustento a la perspectiva desde la que se abordaría la problemática, asimismo se realizó una búsqueda documental con la finalidad de conocer más acerca de la comunidad de Xoxocotla a través de fuentes secundarias y b). *Trabajo de Campo*, durante en el cual se realizaron diversas visitas a la comunidad de Xoxocotla y se llevaron cabo en un primer momento las entrevistas a informantes clave y en un segundo momento la entrevista a la participante que diera cuenta de su experiencia de vida con la condición de salud de diabetes. La teoría y el trabajo de campo estuvieron en constante interacción y se nutrieron mutuamente, por lo que la reflexividad fue un principio de trabajo que apoyó en el fortalecimiento de ambos procesos. Paralelamente y como acciones apoyaron el contacto continuo con el campo y la construcción teórica se colaboró en un escenario de prácticas disciplinares y profesionales de psicología social como punto de encuentro entre el Instituto Nacional de Salud Pública y su Departamento de Nutrición de Comunidades, la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la comunidad de Xoxocotla, a

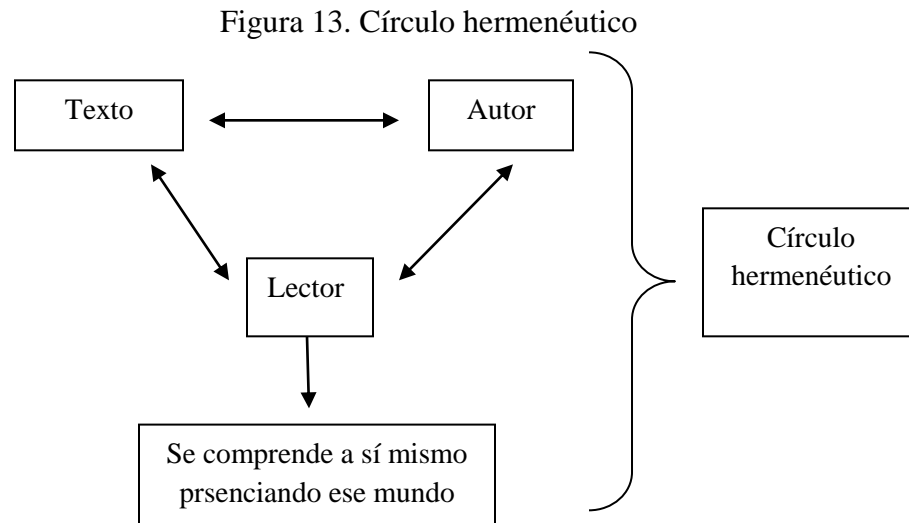
partir de lo que se apoyaron los procesos de obtención de grado de un estudiante de Licenciatura en Psicología que consistió en un diagnóstico de autoestima para aportar elementos en el diseño de una intervención (Beltrán Villegas, 2017) y de una estudiante de Maestría en Salud Pública que cuya finalidad fue la comprensión de la participación y compromiso a partir del proceso de sistematización de la experiencia en huertos de un grupo de trabajo comunitario (López Bolaños, 2014).

3. *Sistematización*. Proceso que comprende la selección, organización y análisis de la información, se trata del conjunto de procedimientos que permiten preparar la información obtenida en campo para su análisis. En esta preparación que implica la selección y organización se da de forma simultánea el análisis de la información, que su vez da pautas para su organización. Dicho análisis se describe más adelante.

4. *Escritura*. En el proceso de escritura está implicado también el análisis. Para la organización de la información se consideraron las grandes categorías que dan respuesta a los objetivos que se plantea la presente investigación –cuyo fundamento se describe más adelante–, mismas que constituyen el eje por medio del cual se contruye la historia de vida que es marco para la experiencia de vivir con diabetes del personaje principal que es Juanita.

García (2006) expone que la historia de vida puede ser considerada como una acción hermenéutica en la que tiene lugar una relación dialéctica al ser un relato interpretante-interpretado, es decir, entre quién vive, escribe y comprende. En este proceso se reconoce al investigador como interpretante de su propia historia y la de otros, asumiendo el proceso de

comprensión desde la reciprocidad entre la interpretación del texto y la interpretación de sí mismo, lo que se conoce como círculo hermenéutico. (Ver Figura 13)



Fuente: Elaboración propia

La figura muestra la relación dialéctica entre quién protagoniza la historia (autor), quien la cuenta-escibe y el texto que se produce. En este sentido, el proceso de escritura va más allá de la historia contada, ya que una vez escrita está expuesta a la lectura de otros. Siguiendo estos planteamientos, el texto cumple una función mediadora entre lo que se dice y lo que el lector busca comprender alejado del autor, por lo que el lector necesita hacer un ejercicio constante de reconocimiento de sus propias necesidades, intereses y creencias implicadas, es decir, un ejercicio constante de reflexividad, ya que en el descubrimiento de otros modos de ser y vivir la reflexión sobre sí mismo es inevitable. (García, 2006)

García (2006) El proceso de escritura permite captar una vida, reconocerla, reconstruirla a partir de la lectura y resignificar su sentido, de ahí que el investigador hace la lectura del texto, lo

descontextualiza y lo recontextualiza. Para ello es necesario que se identifiquen los aspectos de interés para la creación de categorías, aunque estas además pueden ser resultado del propio esquema de interpretación que surge de la lectura. Asimismo, la escritura le otorga al texto autonomía con respecto a la intención del autor, esto en términos de que para la comprensión del texto el lector-investigador requiere contruir su sentido. Con base en esto, la presente investigación contaba categorías que fueron enriqueciéndose con el trabajo de campo.(Anexo 1)

Las historias de vida buscan dar cuenta de etapas o periodos que dan forma a la perspectiva de los autores, Bruner (1986) retomado por Moriña (2017), señala que el relato se construye a partir de la realidad interna de quien narra y por otro lado enmarcarse en el contexto externo que le dota de significado y sentido a la realidad vivida. En este caso el contexto externo lo brindan las entrevistas realizadas a actores clave de la comunidad y las categorías de investigación,, mientras que la realidad interna, que en este caso que dio voz a la experiencia de vivir con diabetes fue Juanita.

Los estilos de escritura de historias de vida se distinguen por el papel que se le da a la voz de los autores. En el presente trabajo la voz narradora es de la investigadora, quien narra el contenido de las categorías centrales y da paso a citas de los autores que dan sustento al texto. Cabe mencionar que en el desarrollo de las categorías se presentan elementos de la vida de Juanita, quien vive con diabetes.

Otro aspecto a considerar es que los resultados se presentan de acuerdo al modelo de trayectorias o procesual que trata de comprender el proceso en sí mismo a través de la manera en

que un acontecimiento evoluciona, en este sentido se distinguen los elementos que intervienen en el encadenamiento y su finalidad es contruir el desarrollo y enlace de los sucesos. (Coninck & Godard, 1998, retomados por Morña, 2017)

De esta manera en los resultados se considera como eje de escritura la respuesta a los objetivos planteados en la tesis con base en la descripción de las categorías correspondientes y el relato de Juantía que da voz a la experiencia de vivir con diabetes.

A partir de lo anterior se organizan los resultados en cuatro apartados 1). Referentes históricos de la comunidad de Xoxocotla; 2). Prácticas y significados de autocuidado; 3). Actitudes relacionadas al autocuidado; 4). Condiciones de bienestar psicológico y dimensiones psicosociales del autocuidado. Para dar respuesta al objetivo específico relacionado con identificar y describir las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2 en Xoxocotla el apartado de referentes histórico apoya en la introducción a elementos contextuales, mientras que el segundo apartado de prácticas y significados de autocuidado describe las categorías de Xoxocotla y modo de vida, perspectiva de ser humano y salud, así como prácticas y significados de autocuidado y vivir con diabetes. El objetivo específico relacionado con la identificación y descripción de las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas con DM2 en Xoxocotla busca responderse con el tercer apartado mediante la categoría de actitudes, mientras que el objetivo de fundamentar la relación de las condiciones de bienestar psicológico con las dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con DM2, lo que se hace a través de la descripción de la categoría de actitudes y condiciones de bienestar psicológico descrita en el último apartado de los resultados.



### 6.3 Participantes

De acuerdo a Moriña (2017) para dar cuenta de la construcción de historias de vida en su contexto es importante brindar información que permita saber quiénes fueron los informantes, sus escenarios, la manera en que fue guiada su selección y si se conocían de antemano. En este sentido, la investigación tuvo dos momentos en cuanto a selección de participantes, los cuales contaron con criterios de selección propios, cabe mencionar que en ambos casos el criterio de inclusión que se mantiene es la disposición de participar con base el proceso de consentimiento informado (Anexos 2 y 4), asimismo, la inclusión en el estudio concluyó considerando el principio de saturación teórica, es decir, cuando la información obtenida se vuelve reiterativa. A continuación, se describen los dos momentos de selección de participantes por los que transcurrió la investigación.

*1. Selección de informantes clave.* Los criterios que guiaron la selección de los participantes consistieron en a). Conocimiento de la historia Xoxocotla; b). Diversidad en cuanto a perspectivas sobre salud en la comunidad. Las estrategias de muestreo que se integraron fueron por referencia de personas conocidas de la comunidad a quienes se les comentaba el propósito de la entrevista y hacían recomendaciones de a quién dirigirse, por convenciencia de acuerdo a la facilidad de acceso y por “bola de nieve”, que consiste en que un participante refiere a otro.

En este momento se contó con siete participantes, cuyas características se describen a continuación. (Ver Tabla 11)

Tabla 11. Participantes-Informantes clave

PSEUDÓNIMO	DESCRIPCIÓN GENERAL	SEXO	EDAD	CARACTERÍSTICAS
Rodrigo	Director Casa de Cultura <sup>1</sup>	Hombre	46 años	Es reconocido por su amplio conocimiento y trabajo activo en la promoción y rescate cultural de la comunidad. Es parte de una familia que ha sido reconocida dentro y fuera de Xoxocotla por su importante papel en la comunidad. La entrevista se llevó a cabo en dos sesiones que tuvieron lugar en su casa.  Su entrevista se realizó en dos sesiones con una duración total de 3:22 hrs.
Emiliano	Director Casa de Cultura <sup>2</sup>	Hombre	65 años	Es reconocido por su amplio conocimiento y trabajo activo en la promoción y rescate cultural de la comunidad. Tiene conocimientos sobre etnohistoria y antropología que vincula a la forma en la que habla sobre su comunidad. Es una persona conocida para la investigadora. La entrevista se llevó a cabo en dos sesiones que tuvieron lugar en su casa.  Su entrevista se realizó en dos sesiones con una duración total de 2:23 min.
Andrés	Rezandero	Hombre	30 años	Fue referido por Rodrigo quien ha sido su maestro y con quien ha estado involucrado en temas culturales. La referencia se hace debido a Andrés se reconoce como una persona que se relaciona con la vida (salud) a partir de nociones que se construyen en la vida en el campo y el contacto cercano con la cultura.  Entrevista de 44 min. de duración.
Ernesto	Ex Delegado	Hombre	Aprox. 55 años	Es referido por Hortensia, quien es su sobrina y lo reconoce como una persona que conoce muy bien su comunidad y puede brindar información no solo desde una mirada cultural sino política.

				Entrevista de 1:20 hrs. de duración
Hortensia	Mujer de la comunidad con experiencia en temas de promoción de la salud	Mujer	41 años	Se dedica al hogar y ha participado desde hace varios años en proyectos de investigación sobre salud, alimentación y actividad física en relación con condiciones de salud como diabetes. En estos proyectos ha tenido la experiencia de ser promotora de salud y facilitadora de talleres. Es sensible a estas temáticas desde un punto de vista en donde incluye las dificultades que implica el autocuidado.  Entrevista de 1:47 hrs. de duración.
Gustavo	Director del Centro de Salud	Hombre	32 años	Conoce el estado de salud de las personas de la comunidad, así como los principales retos que se enfrentan desde los servicios de salud.  Entrevista de 55 min. de duración.
Julio	Promotor de Salud del Centro de Salud	Hombre	Aprox. 40 años	Tiene la mirada de los programas que se brindan desde los servicios de salud, pero además las características de su trabajo hacen que desempeñe su labor sobre todo en campo y de forma cercana a la comunidad, por lo que conoce acerca de las personas de Xoxocotla, sus dificultades y fortalezas en términos de forma de vida y salud.  Entrevista de 56 min. de duración.

Fuente: Elaboración propia

2. *Selección de persona viviendo con diabetes.* Los criterios que guiaron la selección de la participante consistieron a). Persona que esté viviendo con diabetes; b). Informante mujer, decisión fundamentada en investigación documental acerca de Xoxocotla y el avance en el trabajo de campo tomando en consideración su papel en la historia y en la familias en la

comunidad, el que la mayoría de los informantes clave son hombres; c) Contar más de 10 años de diagnóstico de diabetes considerando que el periodo de luna de miel de una persona con diabetes es de hasta hasta diez años y en esta etapa regularmente aun no se producen complicaciones, aunque esto puede variar entre los casos. La estrategia de muestreo fue referencia de personas conocidas en la comunidad y conveniencia de acuerdo a la facilidad de acceso. Las características de la participante se describen a continuación. (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Participante-Mujer viviendo con DM2

PSEUDÓNIMO	DESCRIPCIÓN GENERAL	SEXO	EDAD	CARACTERÍSTICAS
Juanita	Mujer de la comunidad con 10-12 años de diagnóstico de DM2	Mujer	63 años	Es referida por una mujer de la comunidad que es cercana a la investigadora. También es hija de una joven que conoce a la investigadora. Nació en Xoxocotla y su escolaridad llega a la primaria. Es una mujer casada con 6 hijos, en este momento se dedica al hogar, pero regularmente ha combinado el trabajo en casa con trabajo para solventar las necesidades de sus hijos. La entrevista se realizó en casa de la mujer que la refiere.  La entrevista se realizó en tres sesiones y tuvo una duración total de 4:20 min.

Fuente: Elaboración propia

#### 6.4 Técnicas de trabajo de campo

A continuación, se describen las técnicas de trabajo de campo llevadas a cabo en la presente investigación.

1. *Observación participante.* De acuerdo a Montero (2006) consiste en una actividad que se realiza en el marco de la vida cotidiana de las personas o grupos para desde ahí conocer eventos, fenómenos o circunstancias. Para Amezcua (2000) se trata de indagar con intencionalidad y no ver la realidad como algo unificado, puede considerarse la base de la investigación etnográfica al asumirla como algo más que una técnica, ya que el investigador y el sujeto de investigación se interrelacionan e influyen mutuamente. En este caso se retomó como una técnica sin olvidar esta interrelación debido al enfoque fenomenológico hermenéutico en el que se sustenta la presente investigación. La observación participante fue una constante en las visitas a campo, las observaciones y reflexiones fueron registradas a través de diario y notas de campo. Esta información apoyó en la interpretación de los resultados.

2. *Entrevista semi-estructurada.* Se trata de una conversación libre en donde existe una escucha activa del entrevistador, quien plantea preguntas abiertas, reflexivas y circulares basadas en las categorías de interés para la investigación. (Bautista, 2011) Este tipo de entrevistas se usaron con los informantes clave y para el proceso de entrevista se basó en una guía (Anexo 2) cuya finalidad consistió en explorar la historia de Xoxocotla, además de sus principales características y aspectos relacionados a la salud y su cuidado en la comunidad.

3. *Entrevista en profundidad.* Es utilizada para que el entrevistado transmita al entrevistador su definición personal de alguna situación. Este tipo de entrevistas son utilizadas para las historias de vida. Deben realizarse en repetidos encuentros para buscar comprender la representación que los participantes tienen de su vida, experiencias y situaciones, tal como son expresadas por ellos mismos. (Bautista, 2011) Este tipo de entrevista se usó en el caso de la

informante que compartió su experiencia de vivir con DM2, su conducción se basó en una guía (Anexo 3) que fue diseñada considerando el marco teórico-conceptual (Anexo 1), así como nutrida con base en aspectos identificados en las entrevistas a informantes clave. Dicha guía tuvo como objetivo explorar las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de Xoxocotla desde una perspectiva histórica en donde los aspectos comunitarios serán también identificados y se se dividió en cuatro secciones: 1) Datos generales; 2) El autocuidado antes de vivir con diabetes; 3) El diagnóstico; 4) El autocuidado viviendo con diabetes.

## **6.5 Análisis**

Para el proceso de análisis con base en técnicas de la Teoría Fundamentada se mantuvieron presentes algunos principios que menciona Charmaz (1990) a). El transcurso concurrente entre la recolección de datos y el análisis; b). los datos determinan los productos y procesos y no solo los marcos teóricos preestablecidos; c). el proceso de análisis orientado al descubrimiento y al desarrollo teórico y no solo a la verificación; d). el muestreo teórico sirve para refinar, elaborar y completar categorías tomando en cuenta lo que emerge de los datos y e). los procedimientos analíticos llevados a cabo de forma sistemática llevan a niveles más abstractos de análisis.

Los procedimientos de codificación derivados de la Teoría Fundamentada que se consideraron para el presente estudio incluyeron a). codificación abierta, que consistió en la asignación de códigos o etiquetas a fragmentos de datos; b). codificación axial, consistente en relacionar categorías y subcategorías en torno a ejes articuladores y c). codificación selectiva,

consistente en integrar las categorías emergentes a los esquemas conceptuales en relación a la categoría central.

El análisis de la información fue mixto ya que incluyó análisis deductivo –categorías preestablecidas- e inductivo –categorías emergentes-. (Hindrichs, Girardo, & Converso, 2013; Amezcua & Gálvez Toro, 2002) En primer lugar se realizó la guía de entrevista para informantes clave con preguntas orientadoras basadas en las categorías de características de Xoxocotla, salud y autocuidado. Estas primeras categorías se enriquecieron a partir del *muestreo teórico* que se realizó de manera constante en el transcurrir de las entrevistas a los informantes clave. Dicho muestreo teórico permitió la reflexión acerca del marco teórico y le dio sentido a partir de la construcción de la *tabla síntesis teórico-conceptual* (Anexo 1), con base en la que se construyó la guía de entrevista para la persona viviendo con DM2 (Anexo 3).

Las entrevistas fueron audiodgrabadas y transcritas, un primer paso fue la familiarización con los textos que consistió en una primera lectura. Posteriormente se realizó un proceso de *microanálisis* que de acuerdo a Strauss y Corbin (2002) consiste en un análisis detallado que se hace línea por línea y es usado para generar categorías iniciales con base en sus propiedades – características le dan significado a una categoría- y dimensiones –variaciones de la escala de propiedades generales de una categoría- para el planteamiento de posibles relaciones entre ellas, por lo que considera una combinación entre codificación abierta y axial. Dicho microanálisis se llevó a cabo con base en las herramientas analíticas que recomiendan Strauss y Corbin(2002) para el proceso a). *Formulación de preguntas*, que consiste en un mecanismo analítico para comenzar y promover la indagación, su intención es aumentar el entendimiento de la temática y

se distinguen *preguntas sensibilizadoras* que apoyan a que el investigador se familiarice con los datos, *preguntas teóricas*, que ayudan a identificar procesos, semejanzas y variaciones, *preguntas prácticas y estructurales* que orientan el desarrollo de la teoría y *preguntas guía*, son aquellas que orientan entrevistas, observaciones y análisis y responden al desarrollo particular de cada investigación, b). *Comparaciones teóricas* que apoyan la observación de las categorías a la luz de ciertos criterios, que pueden ser propiedades y dimensiones con la finalidad de nombrar o clasificar, asimismo, promueve un mensamiento abstracto y conlleva a que los análisis cuestionen sus suposiciones y; c) *Muestreo teórico*, se trata de un proceso que se realiza para enriquecer las categorías, se lleva a cabo con base en los conceptos emergentes con la finalidad de explorar las dimensiones y las condiciones en las que varían sus propiedades.

A partir del microanálisis se obtuvo un *análisis temático-codificación inicial* (Anexo 5) que fue la base para iniciar el análisis de datos con apoyo del ATLAS.ti 7, mismo que continuó considerando la comparación y muestreo teórico como contantes y tomó en cuenta las dimensiones psicosociales de las prácticas de autocuidado como eje central de la investigación. Mediante este proceso se identificaron siete *ejes temáticos* a partir de los cuales se realizó un *mapeo teórico general* y siete *mapas conceptuales* que diera respuesta a los objetivos específicos y general del estudio, que además constituyeron la forma en que se organizaron los resultados. Cabe mencionar que las técnicas de análisis de la Teoría Fundamentada permiten el desarrollo de una teoría sustantiva que es aplicable al fenómeno en particular, por lo que puede servir de base para otros estudios, sin embargo, su pretensión de inicio no es ser aplicada en otros contextos. (Glaser & Strauss, 1967) Por otro lado se reconoce que el uso de mapas conceptuales elaborado a



partir del Atlas ti facilitan prácticas reflexivas en el proceso de análisis interpretativo. (Pastor, Chrobak, Ponzoni, Barraza, & Rodríguez, 2012)

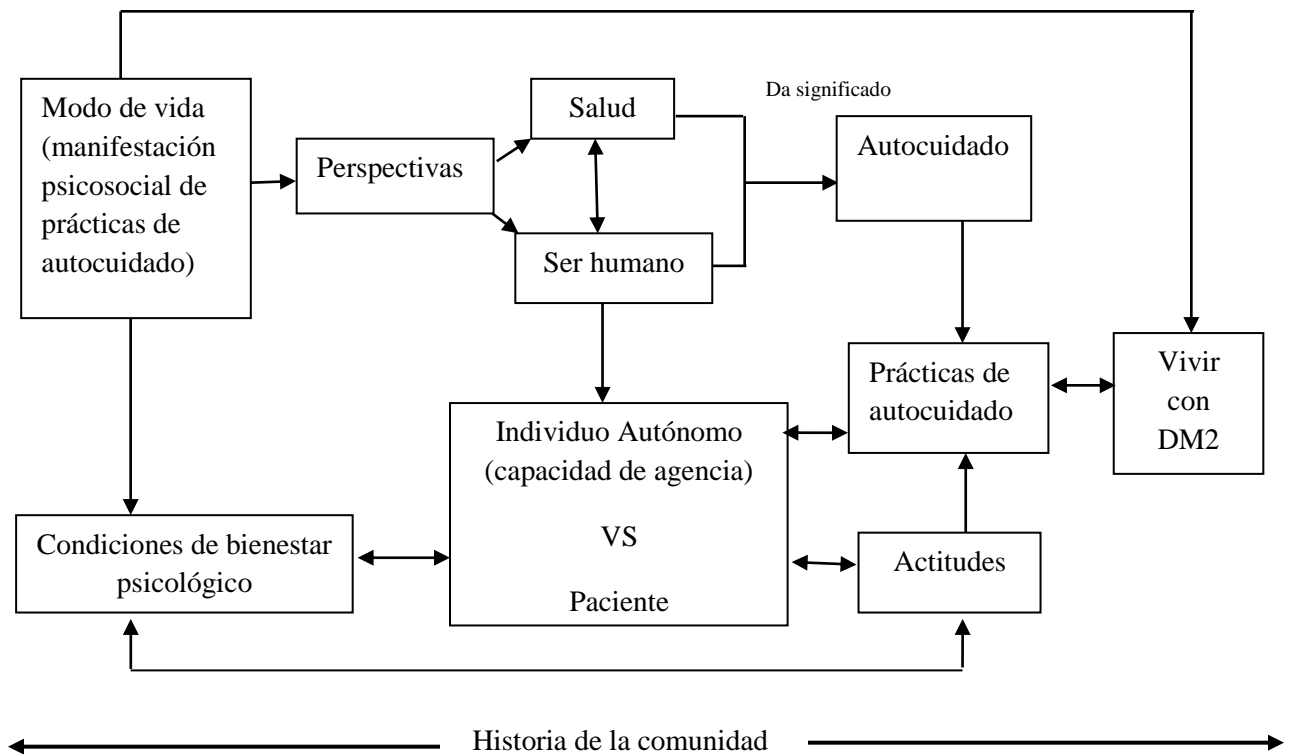
## 6.6 Consideraciones éticas

Como parte del componente ético de la investigación se tuvieron en consideración dos aspectos 1). *El proceso de consentimiento informado*, llevado a cabo con los participantes en dos formas, la primera con los actores clave mediante un proceso de consentimiento verbal especificado en la guía de entrevista (Anexo 3) y que quedó registrado en los audios como primer elemento antes de llevar a cabo la entrevista, la segunda con la participante que compartió su experiencia de vida con diabetes y con quien el proceso se apoyó mediante una carta de consentimiento informado (Anexo 4) que fue firmado por ella; en ambos casos se consideraron los principios de de maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, con base en los cuales se verificó que cada participante estuviera seguro de que su participación era voluntaria, conociera los posibles riesgos y/o beneficios implicados y la confidencialidad en el uso de la información recabada. 2). *La dimensión ético-política en las historias de vida*, de acuerdo a lo documentado acerca de el uso de historias de vida, la recuperación de las narrativas para la comprensión de alguna temática conlleva una dimensión ético-política, en ese sentido, un aspecto a considerar es la devolución de los resultados a los participantes y la búsqueda de los espacios y medios que permitan dar a conocer su voz a través de los resultados con la intención de promover la reflexión y la acción en tono a las prácticas de autocuidado en personas con DM2.

**Capítulo 7. Resultados**

El primer resultado de la presente investigación es el *mapeo teórico general* (Figura 14), mismo que a su vez da forma al resto de los resultados organizaron de manera en que se fuera respondiendo a los objetivos específicos de la investigación.

Figura 14. Mapeo teórico general



Fuente: Elaboración propia

En este *mapeo teórico general* se observa que el modo de vida tiene influencia en tres sentidos, por un lado es el fundamento de las perspectivas de salud y ser humano, lo que a su vez

conlleva el asumir el autocuidado como una práctica de curación centrada en el paciente receptivo o bien como una práctica que promueve un individuo autónomo y con capacidad de agencia de autocuidado; por otro lado, fundamenta las condiciones de bienestar psicológico en términos de los aspectos contextuales que permiten el desarrollo del potencial de las personas en términos de vivir bien; por último, tiene influencia en las condiciones en las que se experimenta el vivir con DM2 en la comunidad.

Asimismo, las perspectivas de salud y ser humano son fundamento de los significados de autocuidado en la comunidad y por ende de sus prácticas desde la curación (paciente) o el cuidado en el cotidiano (capacidad de agencia o agencia de autocuidado).

Tomando en consideración las prácticas como mediadoras entre elementos objetivos y subjetivos, estas constituyen el medio por el cual se manifiesta el carácter pasivo o agente de las personas con diabetes en su diario vivir. De igual forma, es importante considerar que las prácticas conllevan en sí mismas la postura que los individuos tienen para con su autocuidado, es decir, implican actitudes que a su vez mantienen una relación bidireccional con el bienestar psicológico. Esta relación bidireccional se expresa en que un individuo autónomo tiene una actitud de agencia de autocuidado, lo que contribuye a su bienestar psicológico, mientras que un individuo pasivo frente a su autocuidado se relaciona con un menor bienestar psicológico que a su vez manifiesta las condiciones de bienestar en su modo de vida y en general las características socio-históricas de su contexto.

A partir de lo anterior se organizan los resultados en cuatro apartados: 1). Referentes históricos de la comunidad de Xoxocotla, que tiene la intención de brindar un contexto general del contexto sociohistórico donde se enmarcan las prácticas de autocuidado en personas con DM2 y sus dimensiones psicosociales; 2). Prácticas y significados de autocuidado, que tiene la intención de responder al objetivo específico relacionado con identificar y describir las prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2 en Xoxocotla mediante las categorías de Xoxocotla y modo de vida, perspectiva de ser humano y salud, así como prácticas y significados de autocuidado y vivir con diabetes; 3). Actitudes relacionadas al autocuidado, que tiene la intención de responder al objetivo específico relacionado con Identificar y describir las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas con DM2 en Xoxocotla, esto mediante la categoría de actitudes y; 4). Condiciones de bienestar psicológico y dimensiones psicosociales del autocuidado, que tiene a intención de responder al objetivo de fundamentar la relación de las condiciones de bienestar psicológico con las dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con DM2, lo que se hace a través de la descripción de la categoría de actitudes y condiciones de bienestar psicológico.

A manera de recordatorio, la escritura de los resultados se llevó a cabo teniendo como base a la investigadora como narradora principal, donde el contexto externo se expresa mediante las categorías de análisis y testimonios de actores clave, mientras que el contexto interno lo brinda el testimonio de Juanita que es quien aporta desde su experiencia viviendo con diabetes. Asimismo, el modelo de trayectorias o procesual que tiene como finalidad es construir de desarrollo y enlace de sucesos, en este sentido se parte del mapeo teórico presentado anteriormente. (Figura 14)

### 7. 1 Referentes históricos de la comunidad de Xoxocotla

El color de las ciruelas de Xoxocotla, muchas veces  
frecuenta las miradas de sus campesinos en forma de  
pequeños cristales solares, creando un paisaje crepuscular  
en los ojos dedicados a cuidar el ciclo de las milpas  
(Extracto del poema “Xoxocotl”. En Tafolla, 2011, 53).

*Lugar de los ciruelos agrios* es el significado del nombre de este pueblo de aproximadamente 22, 000 habitantes (Audiencia ante el H.Tribunal Latinoamericano del agua, México, 2008) ubicado al norte del municipio de Puente de Ixtla, al sur del Estado de Morelos. La construcción de los elementos que componen la realidad cotidiana de las comunidades, los sistemas de significación que los interpretan y la cosmovisión que compone las distintas culturas, estructuras y funciones sociales al interior de estas; se determina en gran parte por su historia. El caso de Xoxocotla es bastante particular, ya que su historia se compone de diversos eventos de resistencia que, además de permitir su supervivencia como comunidad organizada, han moldeado una cultura característica que pocos pueblos Nahuas tienen y que a su vez les proporciona una identidad muy particular.

Xoxocotla es una de las 35 comunidades Nahuas que se encuentran dispersas en aproximadamente 16 municipios en el Estado de Morelos. Aunque una característica de estas comunidades es que se definen a sí mismas como indígenas y que en los documentos oficiales aparece como lengua oficial el náhuatl, lo cierto es que en la actualidad pocas personas lo hablan o en su defecto, predomina el español sobre este; al menos esto sucede en el caso de Xoxocotla.

De acuerdo a Gallardo (1997), el origen del pueblo se debió a asentamientos de tribus Tlahuicas provenientes de Aztlán, los cuales no encontraban sitio para establecerse, por lo que se desplazaron a los valles de lo que hoy es el Estado de Morelos. Estas tribus se asentaron en lo que hoy corresponde a Cuernavaca, Oaxtepec, Yautepec, Tlalquitenango y Acapichtlán y cada tribu nombró el sitio de su asentamiento, de acuerdo a sus líderes o características del lugar. Luego de distintas denominaciones debidas a los distintos gobiernos previos a la conquista española y luego a esta, a partir de 1694 el espacio geográfico que hoy ocupa el pueblo adoptó su nombre actual.

Un señor de Tetecala que cuidaba chivos vivía aquí, tenía su casa donde cruzaban los caminos, uno para ir a México a Iguala y otro que venía de Telpancingo y llevaba a Chalma. Ese camino cruzaba aquí en 'Xoxo'. El señor de los chivos sembró ciruelas y los vendía a las gentes que pasaban por el camino. Su familia se hizo grande hasta una 'cuadrilla', al pueblo le llamaban 'Xoxocotl'. Luego se sembró mangos y anonas y creció 'Xoxo'. Ese señor nos enseñó a trabajar. ("Don F". En Gallardo, 1997, 10).

El testimonio de Don F resalta un factor clave del pueblo, el cual determina gran parte de su carácter socioeconómico: su localización como punto de paso y encuentro entre pueblos clave de Guerrero, Morelos y la Ciudad de México. En la actualidad, Xoxocotla mantiene esta característica comercial, ya que los domingos la plaza central se convierte en uno de los principales mercados de la región, en donde se reúnen productores del sur de Morelos y Guerrero para vender e intercambiar maíz, frijol, cacahuete, chile criollo, jitomate y cebolla,

principalmente. Además de lo anterior, Xoxocotla es punto de paso y encuentro para turistas que visitan Tequesquitengo y algunos balnearios de la zona.

Nos centraremos en dos momentos históricos representativos que han determinado el contexto socioideológico actual de la comunidad, los cuales están centrados en conflictos por la tierra y el agua: 1) la memoria de la conquista a la revolución y ; 2) el movimiento de los “13 Pueblos en Defensa del Agua, la Tierra y el Aire”.

### **7.1.1 Memoria de la conquista a la revolución.**

Don Alejandro Pineda me platicó de sus cultivos de sorgo, de caña y de su necesidad de ir todos los días a platicar con sus plantas. Me dijo: la gente piensa que la vida en el campo es muy bonita con la naturaleza, pero yo siempre estoy viendo al cielo, viendo las nubes. Me angustia que no llueva, ya no quiero ni comer (Extracto del poema “La vida en el campo”. En Tafolla, 2011, 52).

La importancia socioeconómica de la tierra, al igual que en otras partes de Mesoamérica, continúa determinando la historia de los pueblos. La privatización de las tierras del sur de Morelos comenzó con las haciendas españolas en el siglo XVII y continúa en la actualidad.

A pesar de la afectación que tuvieron los pueblos indígenas a partir de la conquista, principalmente debido a epidemias y al despojo de agua y tierra, pueblos como Alpuyeca, Atlacholoaya y Xoxocotla lograron sobrevivir debido a acuerdos tributarios con los hacendados. Estos pueblos lograron mantener cierta autonomía al pertenecer a la República de Indios, la cual tenía como autoridad a un gobernador que jugaba el papel de intermediario entre el pueblo

indígena y el gobierno español. Estos pueblos, al estar rodeados por las Haciendas de Vista Hermosa, Zacatepec, San Miguel y San Gabriel, así como al hecho de no tener problemas de migración y traslado; logró la supervivencia, arraigo y crecimiento de costumbres laborales y culturales, tanto así que para 1857, Jojutla y Puente de Ixtla, se consolidaron centros políticos y económicos (Saldaña, 2010).

El territorio que hoy comprende el Estado de Morelos fue un feudo en expansión desde los inicios de la época colonial, debido al crecimiento de las haciendas y en perjuicio de las tierras comunales. Esto tuvo como consecuencia la desaparición de muchos pueblos indígenas a mediados del siglo XIX, mismos que fueron absorbidos por las plantaciones cañeras para el beneficio de las haciendas. En el caso de Xoxocotla, siguiendo los testimonios recogidos por Gallardo (1997), la Hacienda de Vista Hermosa cedió una parte de sus tierras al pueblo, de ésta manera aseguraba la mano de obra para el trabajo que exigía el desarrollo productivo de la hacienda. Este grupo social logró permanecer debido a que el expansionismo cañero tuvo dificultades para hacer uso de la tierra debido a su accidentada geografía, misma que solo podía ser usada para los cultivos tradicionales como la milpa y otros productos como la ciruela y el camote, los cuales cubrían las necesidades alimenticias de la población, así como respaldaba su economía doméstica.

De acuerdo a Díaz (1984), la guerra de independencia vino a incrementar la desaparición de pueblos indígenas, sobreviviendo aquellos que prácticamente estaban aislados geográficamente, lo que fue el caso de Xoxocotla. Con la independencia desaparece la política de protección de la relación trabajador-hacendado, así como su constitución como república



indígena. “La Ley de Desamortización de 1856 dejó desamparados a los pueblos indios, quienes perdieron la figura jurídica de las corporaciones y su personalidad como comunidades indígenas, quedando con menos posibilidades de defender los derechos de sus tierras” (Sotelo, 1979, 112). Esta ley permitió que las tierras quedaran en manos de las comunidades indígenas, los cuales a pesar de su conocimiento en el aprovechamiento de sus recursos, fueron presa fácil de despojos en base a negociaciones político-burocráticas.

Los conflictos debido a la posesión de las tierras y a la represión social, dieron como resultado un levantamiento contra la dictadura Porfirista. Sin embargo, a pesar del triunfo Maderista, opositor al Porfirista, los programas agrarios no beneficiaron a los campesinos, por lo que el ejército Zapatista manifestó su autonomía en el Plan de Ayala, cuyo eje central era la dotación y devolución de las tierras despojadas a aquellos.

De acuerdo a Saldaña (2010), el movimiento Zapatista en Morelos logró la rehabilitación de ingenios, en especial el de Zacatepec, lo cual creó varios empleos, sin embargo, abrió las puertas a la migración laboral, en especial de personas del Estado de Guerrero. La intensa contra militar por parte del gobierno, las disposiciones legales que facilitaron la concentración de la tierra en grupos de poder, la hambruna y la epidemia española de 1918; redujo dramáticamente la población de la Entidad, lo que provocó que la revolución no se considerara del todo un movimiento social triunfal. La violencia extrema de las campañas del gobierno contra los Zapatistas, sumándose al asesinato de Emiliano Zapata en 1919, además de que el ejército Zapatista quedó en manos de población indígena que daba prioridad a la subsistencia y al

cuidado de la familia, provocó que los pobladores se declararan a favor o en tregua con el ejército gubernamental.

Lo anterior provocó un antecedente que determina el carácter histórico de la población Xoxocotlea, en particular de las mujeres. Debido a que gran parte de los hombres fueron asesinados o llevados como prisioneros, los que quedaban tomaban las armas únicamente cuando no era temporada agrícola, por lo que las mujeres no solo adoptaron un rol activo en las actividades económicas y productivas de la comunidad, sino que se encargaron de ir a los campos de batalla a buscar a los hombres y traerlos de regreso para volver a fundar el pueblo (Arnaut, 2010).

De acuerdo a Saldaña (2010), al establecerse los ejidos, los complicados trámites para apoyo agrario por parte del gobierno, provocaron que comités quedaran en manos de funcionarios que no pertenecían a las localidades; por lo que con la reforma agraria que inició en 1920, los campesinos tenían acceso a la tierra a través de un sistema ejidal con control federal.

### **7.1 .2 Pueblos en Defensa del Agua, la Tierra y el Aire.**

En el mes de marzo de 1934, el general Lázaro Cárdenas en campaña presidencial, se dirigía a la localidad de Jojutla. Al pasar por Xoxocotla fue interceptado por sus pobladores invitándolo al centro del lugar. A solicitud del general, le ofrecieron agua para beber y al intentar saciar su sed, el agua de inmediato fue expulsada por la boca del futuro presidente. Un fuerte reclamo siguió al insalubre líquido recién arrojado. Los dirigentes de la localidad argumentaron que el agua que había despreciado era la misma que consumía la población. Entonces Cárdenas dio la orden para que, una vez instalado

como mandatario de la República, se abasteciera al pueblo de agua potable. Desde entonces Xoxocotla recibe agua del manantial Chihuahuita, junto con otros doce pueblos con los que se comparte la dulce bebida (Extracto de la crónica “Agua de Chihuahuita”. En Tafolla, 2011, 30).

Aquel 4 de junio de 2007, detrás de una gran nube de humo negro producto de autos incendiándose, gritos de protesta acallados por el sonido de un helicóptero y los gritos de los policías que intentaban *restablecer el orden público*, la autopista México-Acapulco fue bloqueada a la altura de la caseta de cobro Cuernavaca-Jojutla por representantes – en su mayor parte mujeres - de los 13 pueblos *beneficiados* con el agua potable del manantial Chihuahuita, el cual ahora se encontraba contaminado. Como consecuencia de ese enfrentamiento, además de las personas violentadas por parte de las autoridades, aún existen personas desaparecidas.

Desde que llegaron los españoles estamos en lucha. En la Independencia estuvimos con Morelos y en la Revolución con Zapata. Por eso no nos dejamos. En Morelos no nos dejamos, nos vemos como hermanos (Julia Salazar. En Taboada, 2008).

De acuerdo a testimonios recogidos en el documental “13 Pueblos en Defensa del Agua, la Tierra y el Aire” (Taboada, 2008), la unión del Consejo de los 13 pueblos, constituidos por: Xoxocotla, Tetelpa, Benito Juárez, Santa Rosa Treinta, San Miguel Treinta, Temimilcingo, Pueblo Nuevo, Tlaltizapan, Tetecalita, Tepetzingo, Huatecalco, Acamilpa y El Mirador; es para la defensa del agua, ante un intento de privatización por parte del gobierno. Esto ante la concesión de permisos para la construcción de unidades habitacionales en la zona de

reabastecimiento de los mantos freáticos, ocasionando además de contaminación del agua, una disminución considerable de la capacidad de captación de agua del manantial.

La representación de las mujeres en este Consejo, da continuidad al carácter histórico resaltado en lo ocurrido durante la época revolucionaria. De acuerdo a Arnaut (2010, 169-170), el papel protagónico de la mujer dentro de los movimientos sociales de protesta que construyen el carácter identitario de los pobladores locales, se debe al rol social de estas en la comunidad. “Son ellas quienes están al pendiente de estrechar los lazos comunitarios, van a la iglesia, se preocupan por mantener las relaciones de parentesco y están en contacto constantemente con otras mujeres en el mercado o en las calles”. En el caso particular del tema del agua, se señala que son las mujeres quienes son afectadas directamente o al menos, son las encargadas de solucionar las problemáticas cotidianas al respecto:

Porque los hombres pues se van a trabajar, y pues la que se queda a sufrir las consecuencias de las necesidades es la mujer, en todos los aspectos. Entre todas las actividades que realizan, ellas se encargan de cocinar y de lavar en las casas y, por supuesto, de obtener el agua necesaria para hacerlo. Los hombres, por su parte, no se ven tan afectados por la falta de líquido porque pasan la mayor parte del día fuera del pueblo. Que no tiene agua, ni modo que el marido vaya a ir a traer, luego ni quieren... pues cuando no hay agua pues la mujer es la que más sufre porque es la que tiene que abastecer la casa. Y por eso se ha metido en las luchas (Arnaut, 2010, 169-170).

Además de los movimientos organizados por las comunidades, como es el caso de los 13 pueblos, los cambios demográficos, las problemáticas laborales nacionales, estatales y regionales, así como la situación migratoria local; han llevado a un cambio en la población de las localidades y Xoxocotla no es la excepción. Lo anterior ha derivado en un aumento de los requerimientos de los recursos naturales, pero un aumento en la contaminación de los mismos, lo cual repercute en los usos y costumbres de las poblaciones.

Hace décadas que el crecimiento de las insaciadas ciudades, el turismo depredador, las modernas industrias y una agricultura que utiliza agresivas sustancias químicas, vienen devorando nuestras mejores tierras, nuestros ríos y manantiales. ¿De qué nos sirvió tanta lucha por la tierra y el agua, si todos nuestros recursos son saqueados y destruidos? Se contaminan y destruyen manantiales, ríos, canales y apantles, se pierden pozos artesanos, lo que implica destruir nuestras formas de alimentación, plantas medicinales, posibilidades de higiene y de vida, con todo y los saberes tradicionales que la sustentan (Consejo de Pueblos de Morelos, 2007).

Lo anterior pone en relieve el carácter organizacional de los pobladores de Xoxocotla, en especial de las mujeres, quienes se caracterizan por una historia de lucha y resistencia, cuyas problemáticas actuales van más allá del despojo de tierras y aguas por determinados grupos de poder; sino por la condición ecológica debido al uso social de las mismas, lo cual determina en gran parte el contexto cultural y socioideológico actual de sus pobladores.

## **7.2 Prácticas y significados de autocuidado en personas con DM2**

### **7.2.1 Xoxocotla y modo de vida.**

El modo de vida en Xoxocotla se presenta esquemáticamente en la siguiente figura (Ver Figura 15). En este contexto nació Juanita en 1953, quien actualmente tiene 63 años y aproximadamente diez años viviendo con Diabetes. Proviene de una familia de once personas, nueve hermanos en total. De los cuales cinco son hombres -aunque uno ya falleció- y cuatro son mujeres. Entre los hermanos, ella es la mujer de mayor edad, comenta que tal vez es por eso que desde pequeña le tocó trabajar mucho.



En la figura 15 se observa que el modo de vida está en relación con la transición de lo rural a lo urbano que el pueblo de Xoxocotla ha ido experimentando. En esta transición ha habido cambios en el trabajo, alimentación, vestimenta, organización del pueblo, convivencia, cuestiones que han sido facilitadas por la ubicación geográfica y la migración. Los elementos por medio de los cuales se integra el modo de vida son el tiempo, trabajo y la forma de actuar. Dichos elementos están interrelacionados, y se describen a continuación.

### **Trabajo**

En Xoxocotla era mayormente relacionado al campo, donde se distingue la figura del campesino y la relación que sostiene con su actividad y entorno (campo). Se trata de una actividad que requiere de disciplina dado que, de acuerdo a lo trabajado, se cosecha y se obtiene una ganancia, es decir, hay una relación más directa entre trabajo y resultados. Dichos resultados son productos (cosecha o animales) que pueden ser vendidos, pero que en principio satisfacen la necesidad de alimentación mediante el autoconsumo, lo que brinda una sensación de autonomía y tiempo.

En el campo, así como trabajas, así es tu cosecha y así es tu ganancia...entonces el campo, sí deja, nada más hay que saberlo trabajar y hay que tener ganas o en el trabajo que tu escojas, pero que te nazca de ti mismo. (Andrés, Xoxocotla, 2014)

Algunas características en particular que se atribuyen a quienes trabajan en el campo son la observación-contemplación del entorno y la práctica, siendo estas bases del aprendizaje que ha



permitido desarrollar y transmitir saberes populares, entre ellos, el uso de plantas medicinales.

Asimismo, se distingue que en la vida de campo que prevelece en Xoxocotla hasta hace algunos años la convivencia se relacionaba con respeto hacia el entorno, incluyendo otras personas, especialmente adultos mayores y la espiritualidad, también por la justicia, el compadrazgo, tradiciones y hablar en náhuatl.

Se dice que trabajando en el campo aún te encuentras a señores grandes y les aprendes mucho. También se hace énfasis en que los campesinos saben de muchas cosas, de cultivo, interpretar el universo, construir una casa, cómo arreglar un hueso, es decir, no solo cultivan maíz, sino que también saben acerca de las plantas

..andando en el campo, saben de una planta para el dolor de muela por ejemplo, entonces ellos cortan la planta, pero no eliminándola, porque respetan que se siga reproduciendo, la traen a la casa y la conservan y cuando tienen problemas tienen a la mano esas plantas que les ayudan. (Emiliano, Xoxocotla, 2014)

La transición de lo rural a lo urbano ha hecho que cada vez menos personas se dediquen al campo, muchas personas trabajan actualmente fuera de Xoxocotla y en su mayoría son hombres que se dedican a la construcción. Ellos pueden estar días, semanas o hasta meses fuera de sus casas. También hay mujeres que salen a vender sus productos fuera de la comunidad. Otro efecto en esta transición es que los jóvenes salen a estudiar a otros lugares. Las personas que salen de Xoxocotla por estas actividades han tenido experiencias de discriminación por lo que optan por

no enseñarles náhuatl a sus hijos, además de que algunos jóvenes prefieren decir que vienen de otros lugares.

...como había gente que se iban a vender, mucha gente a vender las discriminaba o les decían pues inditas y todo eso o indias. Entonces mucha gente ya no les enseña a sus hijos para que no pasaran por lo mismo que ellos pasaron...(Hortensia, Xoxocotla, 2014)

Además, en los 80's la caída del precio de garantía de los granos, es decir, que ya no hay un precio que asegure al productor tener una ganancia por el cultivo y en los 90's la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (TLC) fueron situaciones que incrementaron la migración de los jóvenes hacia Estados Unidos, pero que también los hizo dejar el campo por la búsqueda de oportunidades de empleo.

...la gente cambia de actividad, empieza a trabajar en la ciudad ...las mujeres como amas de llaves o sirvientas, los hombres como obreros de la construcción, dejan la tierra, se dedicaban antes a producir alimento, se dedican ahora a producir casas...igual es más preocupante porque te haces más dependiente...te haces más dependiente del dinero porque si no tienes dinero no consumes, no comes...es donde empiezas tú a cambiar de habito, a cambiar de forma de pensar, a cambiar de forma de hacer las cosas...(Ernesto, Xoxocotla, 2014)

## **Tiempo**

El trabajo en el campo se liga con la noción de que todo lleva su tiempo y momento adecuado. Sin embargo, dedicarse a una actividad diferente ha modificado la manera en que las personas distribuyen su tiempo en el día a día, sobre todo cuando incluyen horarios laborales fuera de la comunidad, además del tiempo que dedican al trabajo en sí mismo.

Antes se paraban 3-4 de la mañana para preparar sus alimentos para ir al campo, ahora es lo mismo, pero con esa preocupación de que tienes que llegar porque si no, ya no tienes trabajo y si ya no tienes trabajo ya no tienes sustento...cambiamos la actividad en donde tú eras el dueño y además tenías seguro parte de tu alimento, tenías, maíz, tenías frijol...(Ernesto, Xoxoctla, 2014)

El manejo del tiempo, como se muestra en la figura 13, se relaciona con la autonomía, conceptos que como se menciona a continuación tienen que ver con un ritmo de vida consiente de un proceso a su vez vinculado a la salud.

...nada antes, nada después, todo en su momento...no piensa en qué va a ser o va a tener, simplemente va trabajando de acuerdo a una autosuficiencia, entonces generalmente, no se preocupa tanto... va obteniendo resultados de acuerdo a lo que va haciendo...o sea, no es una salud de aceleramiento, no es de contratiempo, de contrareloj, es una vida más lenta pero con mayor proceso, más seguro, con mejores cimientos, porque dentro de salud, pues no es meramente una cuestión física, que yo

esté bien, sino que aquí es la coordinación y la integración del todo, es la mente, es el cuerpo, es el corazón, entonces no puedes estar separado de todo eso.....y cuando se coordina todo con el corazón, cuando tú tienes sentimientos, cuando no eres ambicioso, cuando no eres avaro, entonces se te compensa con un estabilidad emocional. (Ernesto, Xoxocota, 2014)

### **Forma de actuar**

Aún se recuerda en épocas no tan lejanas el ir al campo por huamúchiles cuando niños o que en la escuela enseñaban cosas útiles para el campo como hacer canastillas para cortar mangos, además de tener más a la mano raspados, nieves, frutas con limón y sal y chile como sandía, pepino, melón, jícamas y en la escuela, gorditas, picaditas.

El cambio de actividad (trabajo) ha tenido un efecto en la idea de ganancia que se obtiene por medio del trabajo, lo que ha ocasionado venta de tierras, disminuido el autoconsumo y la búsqueda de ganancia económica por medio de la venta de productos a los que se les puede ganar más, por ejemplo, las tortillas u otras preparaciones a base de maíz.

Lo que se ha identificado también como distinto es que en algunos casos hay descuido sobre todo de los hombres hacia su familia, quienes al tener dinero por su trabajo lo gastan el alcohol, situación que provoca violencia en las familias y ha hecho que las mujeres además de trabajar en casa busquen alguna forma de sustenta mediante la venta de productos. “Algunos se

pierden con la idea de ganar más...ahí viene también, de los fines de semana, traigo dinero vámonos a tomar...en vez de que ganen, pues salen perdiendo.” (Andrés, Xoxocotla, 2014)

Actualmente, independientemente de dedicarse al campo o a la albañilería, el alcoholismo se hace presente teniendo repercusiones para sus familias:

Vamos por ejemplo con los que son campesinos y también por ejemplo con los que se dedican a lo que es albañilería, porque desafortunadamente, aunque ganen bien, hay mucho señor, muchas familias, que toman, son alcohólicos...han dejado de cuidar su salud, de dar un bienestar a sus familias, por el alcohol.....sí ganan bien, pero desafortunadamente consumen mucho alcohol...Su alimentación muy sencilla, a pesar de ganar bien y tener una casa en buenas condiciones ...de tabique con loza....de lo que van ganando consumen alcohol y ya no le dan necesario a la familia de ahí hay carencias en vestido, alimentación... (Julio, Xoxocotla, 2014)

Durante la infancia y juventud de Juanita la vida diaria estaba en estrecha relación con el campo. Las familias contaban con tierras para trabajar. El papá de Juanita iba todos los días al campo y esta actividad concernía a toda la familia, por lo que la gente estaba ligada a la tierra y a lo que ésta producía.

...si no íbamos a la escuela nos teníamos que ir al campo para desyerbar la milpa pues ya se, cómo se dice, ya acabamos de desyerbar pues ya, está bien limpio la milpa. Entonces ya cuando hay cosecha de cacahuete tenemos que ir a arrancar el cacahuete

para cortarlo y después terminábamos eso y empezábamos a despegar mazorca.

(Juanita, Xoxocotla, 2016)

En las casas de las abuelas en Xoxocotla, siempre había qué comer. También había un reconocimiento del trabajo del campo y de la casa. Bajo ésta lógica, se hacían presentes ciertas características de hombres y mujeres para saber que estaban listos para casarse, para los hombres se usaba la frase “si ya te aguantas un tercio de maíz ya estás listo para casarte”, lo que aludía al proceso de siembra, cultivo y cosecha del maíz, es decir, la base de la alimentación; en el caso de las mujeres esta cualidad era demostrada cuando ya sabía hacer fríjoles en el tlecuil, lo que denotaba la constancia necesaria para mantener las brazas prendidas.

Para Juantía se extendía el trabajo del campo a la casa.

Porque pues yo le digo en trabajar en ayudar en la cocina, en todo, eso era más de la mujer y pues yo le ayudaba más a mi mamá, ¿sí? Y pues siempre tenía que estar ayudando ahí y pues era más trabajoso de cómo orita llegar al campo y pus ayudar, hacer tortillas, hacer la comida... porque en esos tiempos tenía que llegar uno, y no como ahora. Ahora hay tortillas, tortillerías; hay muchas cosas para comer, y en esos tiempos pos no. En esos tiempos no había molinos para moler el nixtamal, más que había uno. En ese uno había mucha gente para que vaya al molino. Entonces pues hay veces que no había luz y cuando no había luz teníamos que agarrar el metate y con la mano del metate para hacer la masa, ¿sí? Y por eso le digo, era mucho trabajo para hacer la comida, y si en caso llegaba uno tarde, ya en la tarde, por ejemplo, este, del

campo y no había ya luz, pues el molino ya no muele ya, y tenía que hacer el nixtamal, la masa en el metate para comer unas memelas. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Antes no había luz más que en el centro de Xoxocotla y por esa razón una vez que iba cayendo la luz del sol tenían que prepararse para ir a dormir. El servicio de electricidad se empezó a extender en 1971, el año que Juanita se casó. Para ella, era impensable el casarse, porque veía el arduo trabajo y preocupaciones que ocasionaba a su mamá.

Digo no, como que no pues. Como a la vez me daba lástima mi mamá de verla, digo – este no es vida para una persona porque-... Yo veía como que pues, como que era mucho trabajo para ella. Era mucho trabajo, sí. Y yo decía -no, no me gusta- (Juanita, Xoxocotla, 2016)

A pesar de tanto trabajo, de pronto no alcanzaba el dinero, por lo que Juanita empezó a trabajar muy chica vendiendo elotes, aunque no le gustaba hacerlo, por todo lo que implicaba, cultivar, cosechar y vender, ella comenta que “No, no alcanzaba y era mucho trabajo. Sí, porque pues se imagina sacar la hoja de los elotes, pelar el elote y mucho aguante, pica todo eso, sí. Y pues no hay agua, ir a traer el agua para ponerlo, poner la lumbre, sí. Yo decía pos que no, era mucho trabajo para uno, y por eso pues como que no.” - (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Juanita ha vivido la situación de muchas mujeres en Xoxocotla, ya que su esposo en lugar de darle dinero se iba a tomar. Ella tuvo que dedicarse a lavar ropa para hacerse cargo de sus hijos. Además, de acuerdo a la costumbre en Xoxocotla, la mamá vive con el hijo más chico -que

era el caso del esposo de Juanita-, por lo que la suegra de Juanita vivió con ella durante treinta años, más tiempo de lo que lleva de casada porque se casó a los diecinueve años.

La convivencia con su suegra no era sencilla y a eso se sumaba que lo que Jaunita llevaba para comer en casa algunas veces era usado por su suegra para dar de comer a otros integrantes de la familia y no solo a los hijos de Juanita.

Entonces yo digo, a veces me iban a molestar para allá, porque tenía... vivía a mi suegra y ella les daba de comer, les daba de almorzar, pues agarraba de lo que yo hacía, y entonces yo sí me enojaba, me molestaba. Porque yo le decía -por qué agarraba pues, porque yo preparo para mis hijos, no para otra persona. Pues ella está muy aparte-, le digo -si no les quiere comprar sus hijos que no les compre, pero pus yo mis hijos los tengo que atender porque son mis hijos-, y le digo -y es más, si los atiende tu hijo no me da ni un quinto, si quieres saber. La verdad, yo no me da ni quinto tu hijo y para que me estés quitando la comida; aunque sea para frijoles y huevo, yo me cuesta-. Entonces la señora se enojaba y me decía de cosas, ajá. Y así, y pues hasta que por fin vinieron a...se murieron pues y ya. Y ya me quedé sola porque pues... o sea, porque la señora vivió conmigo. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

En palabras de Juanita “uno no debería tener suegras porque son muy malas” (Xoxocotla, 2016), ya que estando en pareja, su esposo seguía haciendo lo que su mamá decía.

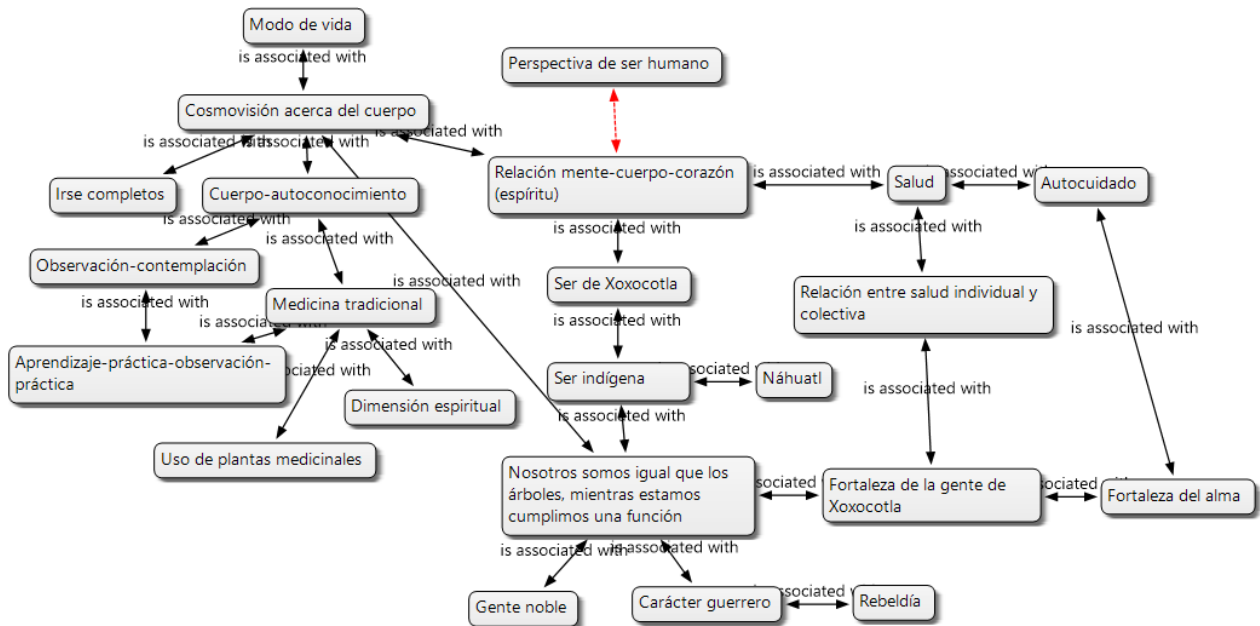


Pues porque lo que decía la mamá, eso hacía él. O sea, él no dejó a su mamá. Y yo le decía –fíjate, yo dejé mi mamá por seguirte. Y tú no quieres dejar a tu mamá... (Juanita, Xoxoxotla, 2016)

**7.2.2 Perspectiva de ser humano y salud.**

La perspectiva de ser humano se basa en la relación mente-cuerpo-corazón (espíritu). Dicha perspectiva considera tres elementos ser de Xoxocotla, cosmovisión acerca del cuerpo y salud, mismos que están interrelacionados y corresponden al modo de vida descrito anteriormente. (Ver Figura 16)

Figura 16. Perspectiva de ser humano



Fuente: Elaboración propia

La relación entre ser de Xoxocotla y considerarse como parte de una comunidad indígena está ligada a hablar Náhuatl y a la analogía de ser como un árbol en el sentido de que los árboles cumplen con una función determinada. El lugar de los ciruelos agros hace referencia a un árbol, que es una forma de conocer identificar algunas características de la población:

Al escuchar Xoxocotla me remite al arbolito de ciruelo, al Xocotl y yo creo que alrededor del Xocotl, estamos alrededor de ese árbol, no el Xoxotl que tenemos en casa, digamos más domesticado porque es hay un ciruelo amarillo y uno rojo, es el amarillo, es más jugoso, más carnoso. Tenemos un ciruelo silvestre, cuando hay una duplicación de la primera sílaba, es un reforzamiento de la raíz de la palabra. Xoxocotl, es ciruela agría, estamos entonces refiriéndonos a la ciruela silvestre, no la dulce, la agría...plegarias para que podamos externar lo que somos...nuestra gente estamos todavía emanados de éstas raíces...nuestra gente sigue, aunque nos empiecen a invadir algunos agentes externos, todavía nos comportamos como habitantes de aquí...(Emiliano, Xoxocotla, 2015)

La frase anterior remite al carácter noble, guerrero y rebelde que evoca a las personas de Xoxocotla. Juanita hace alusión a ser un árbol del campo cuando hace frente a los problemas que tiene con su esposo.

A veces yo digo, no vale la pena en que yo me ponga mal. No, porque, como yo siempre he dicho, si un hombre no quiere vivir conmigo yo no, que no viva. Yo, por mí, como a veces digo, me da igual. Y me voy a sentir grande porque voy a salir adelante, sí. Así a

veces de fácil reacciono. Y no me voy a sentir mal, al contrario, me siento grande y orgullosa porque me doy todavía ese valor. Y le digo, como ahorita, ora sí como quien dice, soy como un árbol del campo. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Con esta frase se hace patente la fortaleza que implica la vida en el campo, misma a la que la protagonista de la historia de vida recurre para hacer frente a sus problemas.

La cosmovisión acerca del cuerpo inscrito en el modo de vida tiene como objetivo el irse completos y conlleva una relación con uno mismo a través del autoconocimiento que implica la observación-contemplación y aprendizaje por medio de la práctica.

En relación con el árbol y la tierra es se encuentra la fortaleza de su alma, misma que sintetiza la relación entre la salud individual y colectiva, que a su vez es el marco para el autocuidado. La siguiente figura (Ver Figura 17) esquematiza lo que esta perspectiva de ser humano implica en términos de lo que se concibe como salud.

Como lo muestra la figura 15, la salud está relacionada a la perspectiva de ser humano para la cual la mente, cuerpo y corazón (espíritu) son una unidad.



fortalece el alma (alma fuerte-autoestima); el espacio de convivencia y donde se comparten los conocimientos y saberes populares.

En contraste con la salud, el estar enfermo se relaciona con no poder ir a trabajar, tomar medicamentos, pero también con sentirse mal emocionalmente, lo que puede estar dado por preocupaciones o estrés, además esta condición de enfermedad también puede remitir a enfermedades tradicionales.

Otro elemento para la comprensión de la salud es el asumir la salud como vivir y morir todos los días:

...en náhuatl la vida y la muerte van implícitas, la salud es ese equilibrio, como vivo bien y como muero bien...todos los días.

Todos tenemos un ombligo, ese es tu punto de partida...yo veo el mundo desde aquí, yo quiero construir... así como tienes tu ombligo, para arriba tienes tu cielo y para abajo tienes tu tierra, es el plano del mundo, tú eres el plano del mundo. Cuando te acuestas tu cabeza es como el sol, llega un momento en que estás bien pasado como el sol de medio día, cuando te levantas, amaneces, tienes planes...llegas a un punto máximo y piensas que tienes que descansar, te vas a dormir, entonces tu cabeza, como el sol, vuelve a meterse, llegas a quedar horizontal...¿qué te conecta con la tierra?...tienes tu cielo, que está con lo que sueñas, con lo que alucinas ¿Qué es lo que te lleva a hacer lo concreto del ombligo para abajo?; ¿Qué te conecta? Es tus pies. Además, hombres y mujeres

tenemos nuestros órganos reproductores del ombligo para abajo. Entonces, eso que te conecta con la tierra.

Para que tu estés sano, para que tú estés bien, debes tener esas dos cosas bien, Deben estar equilibradas. Arriba y abajo no es superior e inferior, no tiene grado, solo diferente. (Rodrigo, Xoxocotla, 2014)

Este fragmento habla de la relación que tiene cada día con el cuerpo en sí mismo, donde la vida y la muerte forman parte del cotidiano. Esta concepción de la vida no niega la muerte y la asume como un reencuentro, por lo tanto, centra su atención en la preparación de este momento, en la búsqueda de morir con dignidad, es decir, irse completos, que forma parte de la cosmovisión acerca del cuerpo. Este ciclo de vida y muerte comienza cuando se nace, en el momento en donde se entierra el ombligo y se siembra el nombre, termina con el reencuentro y el regreso a la tierra.

Lo que se obtiene de la tierra se pone de ofrenda a la tierra, la tierra tiene que ver con la muerte, que es lo que te devora...la danza de Tecuanis es importantísima por eso...te (pronombre...lo que se hace con nosotros) ...cua (comer)...ni (es el que hace la acción) El que devora a la gente...Tecuanis...comienza tu ciclo con una semilla, cuando entierran tu ombligo y se cierra ese ciclo, antes se hablaba mucho de eso (tetituga), te siembran, te vamos a sembrar, vamos a sembrar tu cuerpo, aquí no enterramos a nadie porque es cumplir con ese pacto con la tierra, ya me diste de comer toda la vida, yo te doy de comer con todo mi cuerpo, para que la tierra coma, es un convenio con lo divino.

Yo me quiero ir completo...irse completo...visión del profesionalista... ¿cómo le ayudamos a morir bien?...que mantenga su dignidad...que se atreva a enfrentar la muerte, que tenga una forma de verla de frente es encontrarse con sus papás, con sus abuelos, con quienes conoció...momento al que llegas convencido de lo que hiciste...hice bien o hice mal.

Cuando mueren les ponen unos xhcacles (que son esos huaraches de Ixtle, de lazo) y un morralito donde llevan maíz, donde llevan ajonjolí y unas tortillitas pequeñas, eso tiene que ver con el camino que tiene que emprender por eso no quiere irse incompletos porque...¿Cómo voy a caminar?; ¿Cómo me voy a presentar?; cómo voy a pasar el río o los dos ríos que dicen que hay que cruzar? Si no llevo el cuerpo completo. (Rodrigo, Xoxocotla, 2014)

Este fragmento profundiza en la importancia de irse completos y la forma en que se relaciona esto con el ciclo de la vida-muerte.

### **7.2.3 Prácticas y significados de autocuidado.**

El autocuidado está relacionado a la perspectiva de ser humano y de salud. Las prácticas de autocuidado responden a tres formas principales, la Medicina alópata (científica), Medicina tradicional y a otras opciones de atención que no se ubican en alguna de las dos primeras. La siguiente figura esquematiza estos marcos a los que corresponden las prácticas de autocuidado. (Ver Figura 18)





El campo de la medicina alópata es donde se da el diagnóstico de diabetes, que con mayor frecuencia ocurre cuando la persona se siente tan mal que se ve imposibilitado para ir a trabajar, una vez que la persona tiene su diagnóstico empieza la experiencia de vivir con diabetes con un tratamiento determinado, que implica indicaciones médicas relacionadas a un seguimiento, alimentación, actividad física y uso de medicamentos. Dicho tratamiento suele ser abandonado cuando las personas se sienten mejor, lo que ocasiona complicaciones de diabetes.

En relación a la medicina alópata o científica (como lo conocen algunos de los participantes) está la atención médica en general y en particular la consulta médica, en donde se da una relación específica entre el médico y el paciente y a su vez el trato es una posible causa de abandono de tratamiento. Esta atención médica es percibida como obligada debido a algunos programas de en los servicios de salud que provee el estado, además de que ésta atención se liga a el uso de medicamentos y a la curación. Existe desconfianza en esta atención médica cuando no se ven resultados concretos en términos de medicamentos y curación, además del trato que se recibe.

La Medicina tradicional se relaciona con los aspectos ya revisados en el modo de vida, pero también, visto como un servicio de salud, la relación médico-paciente es de mayor confianza y conlleva los principios de respeto, escucha y saberes populares del modo de vida del campo.

Como otras opciones de atención a la salud se encuentran los establecimientos de Herbalife y los productos de Omnilife. Los establecimientos de Herbalife proveen de un espacio de convivencia entre los clientes e indicaciones claras que son sencillas de llevar a cabo y paradójicamente los productos de Omnilife ofrecen una solución a padecimientos de forma natural.

La confianza es decir, ponerse en las manos de otra persona es un elemento relevante para llevar a cabo alguna de las recomendaciones relacionadas con cualquiera de las formas aquí expuestas.

#### **7.2.4 Vivir con diabetes.**

La experiencia de vivir con diabetes se relaciona principalmente con el momento del diagnóstico, la familia, la convivencia y el autocuidado, cada uno de estos elementos se interrelacionan y se esquematizan en la siguiente figura (Ver Figura 19).



Darse cuenta de tener diabetes está marcado por el momento del diagnóstico que es relacionado con la muerte. Por lo tanto el vivir con diabetes en ocasiones conlleva tristeza o depresión, ya que se cursa con una condición de salud que no tiene cura. Durante el diagnóstico se dan indicaciones médicas que tiene ver con la alimentación, actividad física y el uso de medicamentos, se trata de recomendaciones que tienen que ver con el día a día de las personas y suelen generar incertidumbre y/o desesperanza y por lo tanto abandono parcial o total de las recomendaciones.

Cuando las indicaciones médicas no se siguen aparecen complicaciones como insuficiencia renal o amputaciones, condiciones asociadas a un rápido deterioro de las personas con diabetes en la comunidad de Xoxocotla. Dichas complicaciones tienen como consecuencia en algunas ocasiones que la familia abandone a las personas con diabetes.

La familia juega un papel muy importante en el cuidado de las personas con diabetes. Se distinguen dos condiciones que determinan la manera en que las familias se involucran en el cuidado de su familiar con diabetes: la condición económica y la información que tengan sobre la condición de salud. De acuerdo a estos dos aspectos hay familias que cambian sus hábitos en apoyo a su familiar y hay otras que no toman ninguna consideración al respecto o abandonan a la persona en caso de complicaciones.

La convivencia tanto en la familia como en la comunidad se modifica cuando una persona tiene diabetes. Al mismo tiempo dicha convivencia tiene un papel relevante en las prácticas de

autocuidado por las que la persona con diabetes va a optar. Lo que resulta muchas veces de lo más complicado son los momentos de la comida.

Pues es lo más difícil, porque yo digo, es como estar muerta en vida, porque no va a comer...de que ya no tomen nada, ya nomás verlo, ¿no? Esa es la mayor tristeza que se siente uno; estar en vida y no comerlo. Sí. Bueno, a mí sí me da tristeza, les digo –estoy muerta en vida de no comerlo y verlo-. Antes, no se va a creer, sí me enojaba...pero a veces sí me molesta, me dicen que no sirvo, y yo quiero comerlo, pero pus mejor no como. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Otra complicación relacionada a vivir con diabetes y que afecta las relaciones en la familia es la sexual. En el caso de esta historia de vida, ella ha tenido dificultades derivadas de resequedad vaginal, lo que le impide tener relaciones sexuales con su esposo, por lo que sospecha que tenga alguna otra relación fuera de su matrimonio.

En el caso de Juanita, el momento del diagnóstico fue por medio de unos análisis y un médico le comentó que tenía diabetes.

Pues así, me dijeron directamente –usted señora está diabética-, digo –doctor cómo voy a estar diabética si yo me siento bien-. Pero pues no bien, bien, yo me sentía como cansada, como agotada, no me daban ganas de hacer nada, de trabajar pues. No me daban ganas ya. A veces me quedaba dormida, me quedaba acostada. No me sentía bien,

pero pues hasta que poco a poco después probablemente que sí, que estoy diabética. Y ni modo. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

El malestar que ocasionó que Juanita finalmente acudiera a atención médica tenía ya un tiempo, sin embargo, dada su la situación económica ella intentó algunos remedios para sentirse mejor. Una vez que fue diagnosticada siguió combinando ambas formas de atención.

Me sentí mal, yo no iba al doctor. Ahora sí como quien dice yo no iba al doctor porque había veces que yo no tenía dinero. Entonces yo lo que hacía era me hervía yerbas: boldo, la prodigiosa. Esos dos que yo los ocupaba. Y entonces, este, después ya me iba con un doctor particular cuando no me sentía bien, pero así que usted dijera que yo estuviera con el doctor más... (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Para Juanita la causa de su diabetes fueron las “malpasadas” y las desveladas, lo que describe de la siguiente manera:

Pues a veces yo pienso por las malpasadas que me daba de no comer, pues porque últimamente pues, este... yo... por ejemplo, me ponía lavar ropa ajena para, este, para sacar a mis hijos adelante porque mi marido sí era borracho, mmj. Trabajaba y a veces no me daba ni un quinto, a veces, no siempre pero sí. Entonces pues yo tenía que buscar eso para darles de comer porque pues no puede vivir uno sin comer, sí. Entonces yo me iba a lavar en casa de una de mis cuñadas y pues a veces comía y a veces no comía yo; y llegaba hasta como hasta esta hora y apenas voy a almorzar. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

El cuidado se relacionó a su familia, incluyendo los últimos años de su papá, quien estuvo enfermo el último año y con quien iba a dormir todas las noches, “Y yo digo que pues todo eso se me, ya se me penetró todo eso en el cuerpo: trabajo más no comer y más corajes pues ya se juntó de todo” (Juanita, Xoxocotla, 2016)

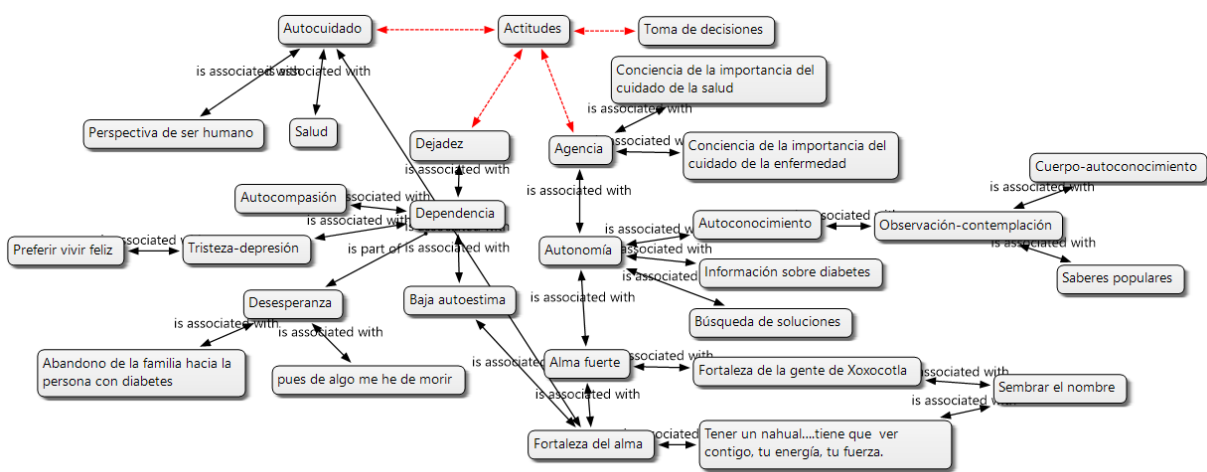
Pensar que no se tiene diabetes es una opción para no sentir tristeza...”como que me sentía triste porque decía –cuándo se me va a quitar esa enfermedad, y cuándo-. Porque ya nunca voy a estar bien pues, porque si no se acaba del riñón, del hígado o una herida que no sana.” (Juanita, Xoxocotla, 2016). Esto enfatiza que el carácter crónico de la diabetes tiene un papel relevante en el autocuidado y las emociones implicadas. La forma en la que Juanita asume su cuidado es a través de “darse ánimos”, tratar de no “dar lata” a sus hijos y no estando cerca de su esposo.

Vivir con diabetes implica una toma de decisiones de autocuidado de manera cotidiana, en la toma de decisiones se identificaron dos actitudes, mismas que se muestran a continuación.

### **7.3 Actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado**

Las actitudes que subyacen a las prácticas de autocuidado se relacionan a su vez con la perspectiva de ser humano y salud en el marco del modo de vida en Xoxocotla., estas actitudes están vinculadas a la toma de decisiones implicadas en el autocuidado. Se distinguen dos actitudes con respecto a las prácticas de autocuidado: la actitud dejadez y la actitud de agencia. (Ver Figura 20)

Figura 20. Actitudes



Fuente: Elaboración propia

La dejadez es referida como el saber lo que tienes que hacer para el cuidado de tu salud pero aún así no hacerlo. Se relaciona con un estado de dependencia caracterizado por la autocompasión, la tristeza o depresión, desesperanza y baja autoestima.

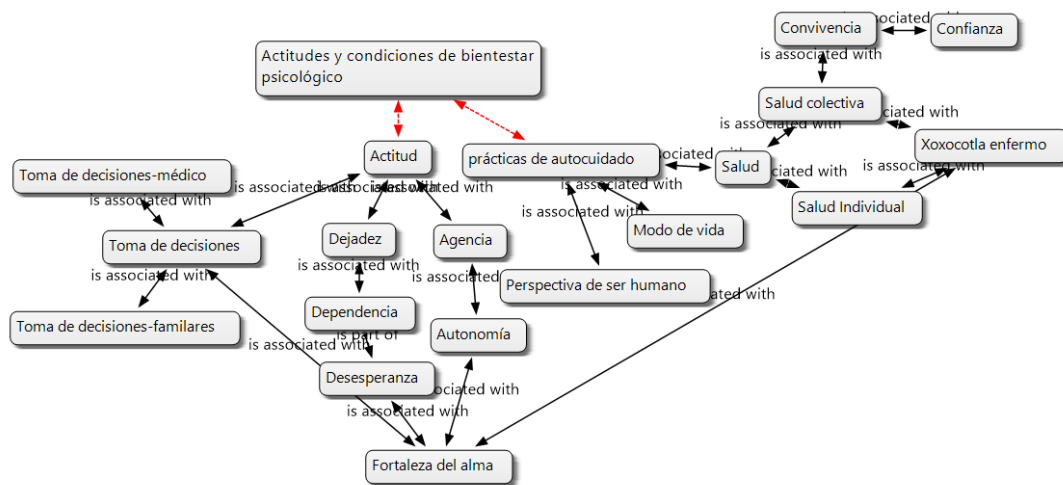
Esta actitud de agencia está relacionada a la autonomía que se basa en la fortaleza del alma, es decir, el nahual que corresponde a sembrar y forjar el nombre. El alma fuerte corresponde a la fortaleza de ser de Xoxocotla y la autonomía implica autoconocimiento, información sobre diabetes y búsqueda de soluciones. Además de este papel activo, agencia conlleva conciencia sobre la importancia del cuidado de la salud y la enfermedad, es decir, que las prácticas de autocuidado son parte del día a día.



#### 7.4 Condiciones de bienestar psicológico y dimensiones psicosociales del autocuidado

Con la finalidad de fundamentar la relación y relevancia de las condiciones de bienestar psicológico en función de las prácticas de autocuidado se presenta la siguiente figura (Figura 21).

Figura 21. Actitudes y condiciones de bienestar psicológico



Fuente: Elaboración propia

Las condiciones de bienestar psicológico en personas que viven con diabetes están en relación con las actitudes que como se observa nuevamente en la figura anterior (Ver Figura 21) se dividen en actitudes de dejadez o de agencia. Dichas prácticas de autocuidado responden a las perspectivas de ser humano y de salud fundamentadas en el modo de vida. En este sentido, las prácticas de autocuidado no se asumen solamente desde el tratamiento médico, sino a partir de aquello que la persona hace orientado a atender su salud.

## Condiciones de bienestar psicológico

El cuidado de la salud responde a la fortaleza del alma, sin embargo actualmente se considera que “El pueblo está enfermo en ese sentido porque ya no se siente bien en ese sentido...tiene su nahual y ese nahual está todo jodido... Ya no hay un cuerpo con la comunidad, está enfermos, no logra conectarse, está desmembrado...” (Rodrigo, Xoxocotla, 2014)

La disposición para el cuidado de uno mismo se da en la relación a lo individual y lo colectivo, en este contexto se considera que existe una “Depresión colectiva, se pierde el rumbo, mi ombligo no sé dónde quedó, pierdo mucha orientación, entonces no me cuido, falta de autoestima...pudiendo haber nacido el Liverpool nací en Xoxocotla...”(Rodrigo, Xoxocotla, 2014)

Con base en lo anterior, las condiciones de bienestar psicológico en la comunidad de Xoxocotla pueden ser consideradas como las características de la colectividad dadas por un modo de vida en transición de lo rural a lo urbano, en donde se entremezclan los saberes propios de una comunidad de raíces indígenas y el modo de vida urbano en el marco de una perspectiva de salud desde la bio.medicina. En este sentido, el bienestar psicológico se fundamenta en la autoestima reconocida desde el colectivo en donde la autonomía para el autocuidado se encuentra en permanente discusión con saberes de salud contrapuestos, por lo que se privilegian aquellos espacios y prácticas donde las personas se sienten más seguras y confiadas, ya sea desde la medicina tradicional o la alópata.

La relevancia del bienestar psicológico en función de las actitudes en las prácticas de autocuidado constituye la comprensión del fundamento de dichas actitudes, es decir, el contar con elementos para comprender que una actitud de agencia o de dejadez responden a condiciones de bienestar psicológico de la persona pero que son construidos en su referente contextual y socio-histórico.

La diabetes es una condición de salud que reta a la persona que la vive, a su familia y al sistema de salud. Requiere de acciones cotidianas, la intención de Juanita es no dejarse, no decaer, como ella lo menciona, toma medicamento y trata de realizar otras acciones.

Pues no sé. Hay veces digo que no. No sé. A veces no lo tomo así en serio, porque a veces pues ahí ando tomando cosas así. Le digo, a veces tomo, este, me preparo *neem*, me preparo, cómo se llama...árnica... bueno, cualquier yerbita tomo. A veces ya me fastidié, me mando traer una cerveza, una cerveza tomo. A veces encuentro familiares de mi mamá y me preguntan –cómo estás-. No pues me siento mal, estoy mal. –No, no te dejes. Tú no estás enferma. Date ánimo-, le digo –pues es lo que hago-. Porque si yo me digo que estoy enferma, -yo no tengo nada-, yo me para y me voy. Sí, dice –cómprate esto, una cervecita cada tercer día toma o toma diario. Pero toma yerbita, dice, no te dejes-. Manzanilla, todo eso. (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Darse ánimo es una opción para ella, una forma en que lo hace es tratar de no pensar constantemente que tiene diabetes.

Y yo hay veces que me pongo fuerte porque, digo, si... yo digo que si tengo diabetes pues como que se me va la enfermedad encima de mí, y digo no... porque si yo digo –sí, estoy diabética- y toda la vida voy a estar diciendo que voy a estar diciendo estoy diabética y diabética, ¿no? (Juanita, Xoxocotla, 2016)

Lo que comparte Juanita se contrapone a la idea del cuidado en términos de una enfermedad, como se observa busca formas de atenderse, además de remedios vinculados al uso de plantas medicinales optó un tiempo por Herbalife y actualmente por producto de Omniife. En este sentido la transición en el modo de vida en Xoxocotla ha traído otros productos para el cuidado de la salud que responden a lógicas de mercado, mientras que desde los servicios de salud se busca mantener en control a las personas con diabetes y quienes viven con la condición de salud buscan la opción que les parece mejor.

## **8. Discusión**

La diabetes es una condición de salud que preocupa a sus habitantes, quienes observan como cada vez más son más de sus vecinos que la tienen, de pronto son familias completas. Las complicaciones y sus consecuencias como la amputación, el abandono de la familia y la muerte son temas que salen a colocación cuando de diabetes se trata.

El autocuidado es un concepto que en su inicio se vinculó a movimientos sociales, en este caso retomarlo en su sentido histórico permitió incluir la perspectiva de ser humano y de salud vinculado al modo de vida en Xoxocotla.

Autores como Breilh (citado por Zaldúa, 2004) Balzar, (2003), Jiménez-Domínguez, (2004) y Soforcada, (2014) mencionan que la Psicología Comunitaria ha sido un instrumento útil en el ámbito de la promoción de la salud, esto debido a su experiencia de trabajo a nivel psicosocial en contextos de exclusión. El partir del paradigma de Psicología Comunitaria, permite que la reflexión y la acción, así como la dimensión ética y política sean guía del quehacer científico, en este sentido se trabajó en un contexto comunitario que cuenta con una historia de lucha y movimientos sociales, que ahora tiene el reto de hacer frente a la condición de salud de la DM2. Los aportes de la Psicología Comunitaria aunados al paradigma de la salud comunitaria, se encuentran de una forma más explícita a través del presente trabajo, ya que la salud comunitaria sienta sus bases en la no separación mente-cuerpo, desde donde hace una crítica a la propia psicología como parte de las ciencias de la salud. En consonancia uno de los grandes temas relacionados a las actitudes hacia las prácticas de autocuidado es el tema de la

salud, que desde la cosmovisión en la comunidad de Xoxocotla parte de la relación entre mente-cuerpo-conrazón (espíritu).

Comprender esta unicidad e interrelación en la vida cotidiana de las personas, así como a la salud como producto de lo individual y lo colectivo abre la posibilidad de reconocer en estos saberes su potencial para el fortalecimiento de una perspectiva teórica desde América Latina y sus pueblos originarios.

Paralelamente se pone de manifiesto que la salud se relaciona con la capacidad de realizar las actividades del día a día, cuestión que va de la mano con la definición de salud propuesta por Chapela (2010) quien la define como define una capacidad humana inscrita en el cuerpo, donde se generan las posibilidades de diseñar, decidir y actuar futuros que sean viables. Esta perspectiva de una promoción de la salud crítica considera la necesidad de que más allá de los discursos de salud, el beneficiado de esta promoción deben ser las personas que viven con alguna condición de salud determinada. Esto incluye el considerar el que las personas tengan la capacidad de diseñar sus propios proyectos y no solo sean los proyectos institucionales los que marquen la pauta, en este sentido si el proyecto de una persona es morir con dignidad, esto sería válido desde esta perspectiva.

En el caso del presente estudio se observó que la cosmovisión de la salud está en relación con la muerte, donde el día es considerado como un pequeño ciclo en donde se manifiesta la vida y la muerte. Asimismo, nacer y morir tienen un correlato con la semilla, la tierra y el árbol, a partir de lo que se considera a la muerte como un reencuentro, que es un momento para el que es

necesario prepararse. En contraste, está la situación en donde llega un adulto mayor al hospital por complicaciones de pie diabético, mientras es ingresado pierde el conocimiento y la decisión de amputación queda en manos de la familia y del médico que considera que lo mejor para salvar la vida es amputar la pierna, la familia toma la decisión pensando que es lo mejor, sin embargo, cuando el adulto mayor despierta y se encuentra sin pierna entra en shock y pierde el conocimiento nuevamente, unas horas después, fallece. Una situación como esta, urge el cuestionamiento de quién está tomando las decisiones cuando se vive con una enfermedad crónica. Para lo anterior ayuda el incorporar nociones de autonomía, agencia de autocuidado y orientaciones educativas como la de *patient empowerment* que ha empezado a utilizarse en la educación en diabetes.

Incorporar en el marco teórico para la comprensión de las prácticas y significados de autocuidado referentes de autores como Shütz, Berger y Luckman Giddens y Bourdieu, permitió fortalecer los conceptos por un lado de lo cotidiano y las prácticas, poniendo en consideración la relación con las instituciones y comunicación, además de agencia, reflexividad, *habitus* y *campo* poniendo luz sobre un actor reflexivo con una inteligencia práctica, así como asumir el propio ejercicio de investigar en términos de estos conceptos, asumiendo también un papel en un contexto sociohistórico y de poder determinado.

Retomar el concepto de modo de vida, fue la manera en la que se concretó para el análisis del marco desde donde se buscó contar con elementos para retomar aspectos histórico-dialécticos en las prácticas de autocuidado.

Para el estudio de las actitudes y contar con elementos para su discusión se tomaron en cuenta dos tradiciones de la psicología, histórico-dialéctica y la tradición individualista. La primera tradición se liga a la noción de modo de vida y considera a la actitud como una relación de compromiso entre un sujeto y un objeto, en el apartado teórico se consideró que este compromiso está dado por la actividad, esto se puede ejemplificar con la relación de compromiso que se tiene entre la persona con diabetes y la práctica de autocuidado, En este sentido la noción de cuidado de la salud se ha ido transformando en la transición de lo rural a lo urbano que ha experimentado la comunidad, donde los límites no son precisos, pero logran distinguirse características de un modo de vida cuya base es la actividad-trabajo campesino y otro modo de vida en donde predomina el trabajo fuera de la comunidad sobre todo en el área de servicios, como el de la construcción, esto da las características específicas a Xoxocotla en términos de formación social y las prácticas de autocuidado que ahí predominan, coexistiendo prácticas tradicionales y medicalizadas. Por otro lado, la tradición individualista se basa en el paradigma del intercambio de Homans, mismo que orienta los primeros desarrollos de teorías de cambio de comportamiento en salud cuyo enfoque es la de expectativa valor. Siguiendo ésta relación entre los constructos de la psicología y las teorías y modelos de cambio de comportamiento se optó por abordar a las actitudes desde sus componentes cognitivo, afectivo y conductual. Cada uno de estos componentes centrado en cuestiones particulares, es decir, el componente cognitivo orientado hacia los modelos de cambio de comportamiento y el hecho de que el control percibido es uno de los predictores más importantes con respecto al autocuidado; el componente afectivo relacionado a que la experiencia de vivir con DM2 conlleva aumento del estrés en la persona que la tiene y su familia y; el componente conductual hace referencia a el conflicto decisional implicado en las prácticas de autocuidado en las personas con diabetes, desde donde un papel



activo y de toma de decisiones compartida ha tenido efectos positivos en el autocuidado y el bienestar psicológico.

El vivir con diabetes en Xoxocotla se relaciona con incertidumbre cuando no se tiene un trato adecuado en los servicios de salud, desde el diagnóstico se liga a la muerte o complicaciones. Además de que no es poco frecuente ver como las personas se “acaban rápido” y algunas familias no cuidan a la persona con diabetes una vez que tiene complicaciones, lo que genera un círculo vicioso entre un estado ánimo de tristeza o depresión, como lo mencionan los participantes, abandono de tratamiento y en términos sociales, lo que tiene como consecuencia mayores complicaciones o la muerte. Esto coincide con lo encontrado por estudios realizados por Sánchez-Cruz, Hipólito-Lorenzo, & Nugartegui-Sánchez (2016), Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, (1992), Beléndez Vázquez, Lorente Armendáriz, & Maderuelo Labrador (2015), sin embargo hay que tener en cuenta el estudio de Wiernik y colaboradores en 2016, quienes cuestionan que el control glucémico y el estrés tengan una relación directa y usando el estatus ocupacional como un proxy de condición socioeconómica y demostró la asociación de la incidencia de diabetes con el estatus ocupacional. En este sentido, una de las grandes preocupaciones de las personas en Xoxocotla es el ingreso económico, ya que debido a que cada vez son menos personas las que se dedican al campo, la necesidad de alimentación ya no la cubren por medio de sus cosechas.

Con respecto al componente conductual y el conflicto decisional que conlleva es importante considerar el modelo para la toma de decisiones compartida en el paciente, como estrategia para la mejora del cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. En este modelo

se considera como factor clave a la confianza en la relación clínica, lo que confiere un efecto terapéutico a la propia entrevista y a su vez se relaciona a mejores resultados de autocuidado. ((Morales, 2007, Álvarez, 2010) De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio la confianza también resulta muy relevante para el seguir tratamientos médicos y está implicado también en la búsqueda de soluciones o alternativas de tratamientos en donde el propio espacio terapéutico o de consulta se sienta más cercano y hay más espacio para la escucha y el diálogo. Es recurrente que las personas no quieran acudir al médico porque “los van a regañar”, aquí retomar que la persona valora su autonomía es una cuestión a considera, por ende, si en lugar de acudir al médico para trabajar en conjunto alguna solución recibe regaños, eso reduce la posibilidad de que regrese. No se trata de una cuestión tan sencilla, ya que la consulta médica se convierte en un espacio propicio para el diálogo de saberes, este saber desde la medicina tradicional y el saber de la medicina “científica”, como lo refieren en las entrevistas.

De acuerdo a los resultados se destaca la contraposición de una actitud orientada a la dejadez y la otra orientada a la agencia o autonomía y confianza en el autocuidado. Esta agencia se refiere a una persona que cuenta con los elementos para tener un papel activo en el cuidado de su salud. Retomando a Jovell y colaboradores (2006) un paciente activo se hace responsable de buscar una asistencia sanitaria de calidad y de un mayor control de su enfermedad. Este concepto de paciente activo se relaciona con el apoderamiento o empowerment, término que hace referencia a un paciente con los conocimientos y las habilidades requeridos para hacer frente a su condición de salud. En este sentido, Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez (2011), dan relevancia la participación ciudadana en el ámbito de la salud, dando un papel importante al autocuidado, ya que esto ha generado experiencias que han logrado el aumento de confianza de las personas para

cuidar de sí mismos, una mejor calidad de vida, bienestar psicológico e incremento de la autoestima.

De ésta manera la experiencia de la persona con diabetes y términos comunitarios su historia de vida, da voz y confiere un papel más activo en la comprensión de la condición de salud, lo que posibilita identificar aproximaciones teóricas y elementos concretos que podrían contribuir al fortalecimiento de la salud (individual y colectiva), lo que a su vez se vería reflejado en el bienestar psicológico y es congruente con una psicología de la salud comunitaria.

## **9. Conclusiones**

### **9.1 Aspectos teórico-conceptuales**

En el campo de la salud constituye un reto hacer frente a condiciones crónicas, especialmente la DM2 y sus consecuencias son representa un tema para el que es necesario una mirada que permita su comprensión en relación a sus implicaciones en la vida de las personas.

El presente estudio concretizó un enfoque de la Psicología de la Salud Comunitaria que ha sido resultado de la suma de diversas experiencias sobre todo en contextos de vulnerabilidad en América Latina. Esto se llevó a cabo a través de promover un espacio de diálogo que busco la comprensión del autocuidado desde el sentido comunitario. De esta manera el abordaje de las actitudes adquiere un sentido desde la comunidad.

En cuanto a las condiciones de bienestar psicológico, los resultados ponen de manifiesto que el estar bien y vivir bien todos los días es una base importante para la salud y los cuidados de sí mismos/as. Esta idea coincide con lo que la literatura menciona, sin embargo queda para la reflexión el considerar los aspectos socio-históricos y los modos de vida en el sentido de un horizonte que permita su transformación hacia el buen vivir, que sería un elemento teórico que no se contempló en la investigación, pero que puede constituir un elemento para enriquecer la línea de trabajo.

Otra de las áreas de oportunidad que brindan los hallazgos de ésta investigación es que las categorías de investigación pueden ser retomadas para nuevos estudios, con la finalidad de puntualizar aspectos que se crean necesarios.

Personalmente, el desarrollo de la tesis permitió una mayor comprensión acerca de la psicología como disciplina, que en relación al campo de la salud implica posturas y formas diversas, que a su vez requieren de reflexión y apertura de espacios para potencializar los alcances para la comprensión y la acción. Específicamente fundamentar el presente estudio en la Psicología de la Salud Comunitaria apoyó en la construcción de sentido de hacer y ser en la investigación, docencia y trabajo comunitario en salud que ha sido parte de la trayectoria profesional de la investigadora.

## 9.2 Aspectos metodológicos

El paradigma de la construcción y transformación crítica, conlleva en sí mismo la dimensión ética y política, mismas a las que hace referencia Santamanina (1999) cuando habla de las historias de vida. Puede decirse que esta consistencia constituyó un hilo conductor para la construcción de sentidos, en donde lo psicosocial está presente en los relatos contenidos en las historias de vida, que son el medio por el cual fue posible acceder, profundizar y comprender los sentidos comunitarios, los sentidos de vida en la experiencia de vivir con DM2.

Esta investigación permitió diseñar el *bricolage*, mediante el cual ha sido abordada y reconstruida la experiencia de vivir con DM2 en la comunidad de Xoxocotla a través de una historia de vida. El proceso interpretativo requirió de mucha atención y una pieza fundamental fue la constante reflexividad, sobre todo cuando se asume a la investigadora como parte del momento histórico y el mundo compartido de los narradores, donde la construcción de sentidos es constante y de ida y vuelta. En este sentido, el proceso de investigación constituyó paralelamente un proceso de reflexión y de deconstrucción de la investigadora acerca de sus propias nociones de ser humano, salud y autocuidado en función del bienestar y el buen vivir, esto fue promovido por el acercamiento a estas nociones desde una cosmovisión indígena, el camino hacia la comprensión de los sentidos comunitarios y la escritura de la historia de vida, misma que más que representar los momentos del caso de una persona viviendo con DM2, presenta los aspectos presentes en una forma de vida comunitaria en transición a lo urbano que enfrenta una problemática de salud específica.

Por otro lado, es importante mencionar que una de las limitantes es que el vivir con diabetes se exploró a partir de la experiencia de una mujer, por lo que la comprensión del tema podría enriquecerse incluyendo la experiencia de de vivir con diabetes de un hombre de la comunidad.

### **9.3 Recomendaciones**

A partir de los hallazgos del estudio se recomienda lo siguiente:

Promover el autocuidado como la base de la búsqueda de comportamientos de cuidado de salud inscritos en la vida cotidiana y como parte de la socialización. Esto podría apoyar en resignificar la consulta médica o del profesional de salud hacia un acompañamiento que más allá de la enfermedad se centre en las potencialidades y recursos de las propias personas.

Reflexionar acerca de los programas de estudio de las disciplinas del área de la salud en términos de generar contenidos y actividades que promuevan una perspectiva integral de ser humano y salud, que a su vez sea la vía para dejar de mirar la salud como un tema en partes desagregadas.

Crear espacios de diálogo y reflexión que den pie a que quienes viven con condiciones de salud crónicas participen de su salud mediante la expresión, reflexión y planeación de estrategias individuales, familiares y/o colectivas que coadyuven al buen vivir (esto incluye el diálogo de saberes).

Reflexionar sobre las condiciones y herramientas con las que cuentan los profesionales de salud en instancias formales para brindar efectivamente un acompañamiento con base en la salud positiva.

Constante reflexión teórica-práctica acerca de Psicología Comunitaria como un medio para orientar y fortalecer iniciativas individuales, grupales y/o colectivas para mejorar las condiciones de salud. En este sentido enriquecer y dar a conocer el enfoque de la Psicología de la Salud Comunitaria.

## 10. Referencias bibliográficas

- Aguilar-Salinas, C. A. (2013). Las enfermedades crónicas no transmisibles, el principal problema de salud en México. *Salud pública Méx*, 55(2).
- Ajzen, I. (1985) From intention to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhland J. Beckman J. eds. Action-control: From cognitions to behavior. Heidelberg: Springer
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, Inc
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20(1), 97-102.
- Alvarez-Colin, Luis Reseña de "Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones" de Richad S. Lazarus y Bernice N. Lazarus En-claves del Pensamiento, vol. I, núm. 1, junio, 2007, pp. 199-201 Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Campus Ciudad de México Distrito Federal, México.  
<http://www.redalyc.org/pdf/1411/141115624011.pdf>
- Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, IX(30), 30-35.
- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Anderson R., Funnell M. (2000). Psychology en Diabetes care. Frank J. Snoek & Chas Skinner
- Ángel-Pérez DA. (2011). La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. Estd.filos. Universidad de Antioquia No 44 pp. 9-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ef/n44/n44a02>
- Arenas-Monreal L., Jasso-Arenas J., Campos-Navarro R. (2011) Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales *Global HealthPromotionDecember 2011 18: 42-48*,
- Achury-Saldaña, D. M., Rodríguez, S. M., Achury-Beltrán, L. F., Padilla-Velasco, M. P., Leuro-Umaña, J. M., Martínez, M. A., ... Camargo-Becerra, L. E. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13(3), 363-372.
- Arnaut, A. (2010). Movimientos sociales e identidades: el caso de los movimientos en Xoxocotla, Morelos. *Cultura Y Representaciones Sociales*, 4(8).
- Artiles L. (2005) El Proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412005000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412005000200001&script=sci_arttext)



- Bail Pupko, V., & Azzollini, S. (2012). Actitudes. afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent Salud Pública*, 3(10), 15-23.
- Bautista N. (2011) Proceso de investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá. Manual Moderno
- Balcázar F. (2003). Modelos de la psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol 37, Num. 1.
- Baranowski, T., W. Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, D., & Baranowski, J. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts? *Obesity Research*, 11, 23S-43S.
- Barbera N.(2012), Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Rev. Multiciencias*. Vol. 12 núm. 2. Universidad del Zulia. Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>
- Barbosa dos Santos, E. C., de Sousa Teixeira, C. R., Zanetti, M. L., dos Santos, M. A., & Alves Pereira, M. C. (2011). Health Services Users with Diabetes Mellitus: From Knowledge to the Use of Healthcar Rights. *Rev Latino-am Enfermagem*, 19(2), 285-292.
- Beléndez Vázquez, M., Lorente Armendáriz, I., & Maderuelo Labrador, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familias. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Beltrán Villegas, E. D. (2017). *Aportes para el diseño de una intervención psicosocial para fortalecer la autoestima en una comunidad indígena del Estado de Morelos*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Boletín de estadísticas vitales (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.
- Bourdieu P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*, Vol. 7, No. 1. , pp. 14-25. Disponible en: <http://links.jstor.org/sici?sici=07352751%28198921%297%3A1%3C14%3ASSASP%3E2.0.CO%3B2-T>
- Bourdieu P. (2010). El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Blanco A. (1988). Cinco tradiciones en la psicología social. Madrid. Ediciones Morata, S.A., Madrid, España

- Blanco A. y Díaz D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, año/vol. 17, num. 14 Universidad de Oviedo, España pp.582-589 Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una neva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), S13-S27.
- Buelga S., Musitu G., Vera A., Ávila ME, Arango C. (2009) *Psicología Social Comunitaria*. México, Trillas
- Cabrera A, Tascón G, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>
- Cáracamo H. (2005). *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales ISSN 0717-554X Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/carcamo.htm>
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986). Organización Mundial de la Salud. Ottawa, Canadá.
- Chapela MC, Cerda-García A. (2010) *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana, México
- CDI (2009, octubre). Nahuas de Morelos. Recuperado 23 de abril de 2013, de: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&task=view&id=629&Itemid=62](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=629&Itemid=62)
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of Constructionist Research* (pp. 397-412). New York: The Guilford Press
- Cisterna F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, Vol. 14 (1): 61-71 Disponible en: <http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf>
- Compean-Ortíz, L. G., Quintero-Valle, L. M., Del Ángel-Pérez, B., Reséndiz-González, E., Salazar-González, B. C., & González-González, J. G. (2013). Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*, 13(3), 347-362.
- Consejo de Pueblos de Morelos. (2007). Manifiesto de los pueblos de Morelos. Recuperado de <http://www.ecoportal.net/content/view/full/71751/>
- Costa Alcaraz, A. M., & Almendro Padilla, C. (2009). Un modelo para la toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria*, 41(5), 285-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.07.014>

- De la Cuesta, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 20, 136-140.
- De los Ríos P. Los movimientos sociales de los años sesentas en Estados Unidos: un legado contradictorio. *Revista Sociológica*, año 1, n° 38. Disponible en: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/3802.pdf>
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.) (1994/2005/2011). *Handbook of qualitative research*. [1ra, 3ra, 4ta]. EE.UU.: Sage. (HQR)
- Desviat M. (2006) La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Revista Norte de Salud Mental* n° 25 pp8-14. Disponible en: [http://antigua.ome-aen.org/norte/25/NORTE\\_25\\_030\\_8-14.pdf](http://antigua.ome-aen.org/norte/25/NORTE_25_030_8-14.pdf)
- Díaz, R. (1984). *El rumor de Tetelcingo*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Equipo de Investigación Acción Participativa en Salud del INSP. (2013) Departamento de Nutrición de Comunidades. Protocolo de investigación del proyecto “Diseño y evaluación de un modelo de atención en salud sustentable y participativo dirigido a la prevención y adherencia al tratamiento de obesidad, diabetes e hipertensión en la localidad de Xoxocotla, Morelos. ETAPA III. Desarrollo sistemático y prueba del modelo: Implementación y evaluación del P.E.S./Michme”. Sin publicar.
- Fishbein, M., & Capella, J. N. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56(1), S1-S17. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x>
- Fundación Mundial de la Diabetes (2012, Marzo). ReportExpertmeetingonindigenouspeoples, diabetes and development. Copenhagen. Recuperado 10 de diciembre de 2012, de: [http://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/Indigenous%20Peoples,%20Diabetes%20and%20Development\\_IP%20Expert%20Meeting%202012.pdf](http://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/Indigenous%20Peoples,%20Diabetes%20and%20Development_IP%20Expert%20Meeting%202012.pdf)
- Gallardo, J. (1997). *Cambio médico, autogestión y conciliación. La medicina tradicional en Xoxocotla, Morelos*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- García Fallas, J. (2006). La historia de una vida: un relato interpretante-interpretado en la construcción del conocimiento. *Rev. Filosofía Univ. Costa Rica*, XLIV(111-112), 43-48.
- Gatt, S., & Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1525-1533.
- Giddens A. (1984) *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*, Amorrortu Editores, Buend Aires, Argentina

- Gil-LaCruz M. (2011) *Psicología social: un compromiso aplicado a la salud*. Prensas Universitarias de Zaragoza. España
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Gómez-Rocha, S. A., Galicia-Rodríguez, L., Vargas-Daza, E. R., Martínez-González, L., & Villarreal-Ríos, E. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(5), 539-542.
- González-Villalobos, J. Á., & Marrero, R. J. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *SUMA PSICOLÓGICA*, 24, 56-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.002>
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Guerrero R. (2008) *Acerca de Afecto Positivo y el Bienestar Subjetivo. El Mito de la Felicidad*. Ponencias presentadas en las V<sup>as</sup> Jornadas de Psicología Experimental. Universitat Jaume
- Hagger, M. S., Chan, D. K. C., Protogerou, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2016). Using meta-analytic path analysis to test theoretical predictions in health behavior: An illustration based on meta-analyses of theory of planned behavior. *Preventive Medicine*, 89, 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.006>
- Hernández, E., Grau, J. (Comps) (2005) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 33-84
- Hindrichs, I., Girardo, C., & Converso, D. (2013). Trabajar en Organizaciones de la Sociedad Civil en el Estado de Morelos. Factores psicosociales, desafíos y necesidades. *ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIONES*, 16(31).
- Homans, George C. (1958) "Social Behaviour as Exchange." *American Journal of Sociology* 63, 6: 597-606.
- Hossein, V., & Majid, B. (2015). The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. , *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 6(3).
- Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México: el reto de la desigualdad de oportunidades (2012). PNUD. México
- Janesick, V. J. (1994). The Dance of Qualitative Research Design. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. [1<sup>st</sup> Ed.], Thousand Oaks, CA: Sage (pp. 209-219).
- Jiménez B. (2004). La psicología social comunitaria en América Latina como psicología social crítica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XIII, N° 1: Pág. 133-142.

- Jovell, A. J., Navarro Rubio, M. D., Fernández Maldonado, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*, 38(4), 234-7.
- K.K. Platónov. (1983) *Psicología Social*. Editorial Cártago de México, S.A.
- Kickbusch I. (1989). Self-care in health promotion. *Social Science and Medicine* 1989;29 (2): 125-130
- Kugbey, N., Opong Asante, K., & Adulai, K. (2017). Illness perceptcion, diabetes kwnowledge and self-care practices among type-2 diabetes patients: a cross-sectional study. *BioMed Central*, 10(381). <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2707-5>
- Lazarus R. S & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. New York
- Lazarus R. S & Lazarus (1994) *passion & reason: making sense of our emotions*. Oxford University Press, New York
- Ledón Llanes, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol*, 23(1).
- López Bolaños, L. (2014). *Compromiso y participación social en un grupo de trabajo comunitario de Xoxoctla, Morelos*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Luchetti Rodrigues, F. F., Zanetti, M. L., dos Santos, M. A., Aparecida Martins, T., Sousa, V. D., & de Sousa Teixeira, C. R. (2009). Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(4).
- Martín-Baró I. (1996). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
- Marqués F. Marco teórico de la promoción y la educación para la salud: Cuso de Postgrado sobre Promoción y Educación para la Salud. Instituto de Ciencias de la Educación. Centro de Formación Continua. Universidad de Lleida, España. Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fitxers/unidad1.pdf>
- Méndez Carrillo, F. X., & Beléndez Vázquez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.
- Medina López, O. M., Díaz Pinzón, A. D., Barrientos González, E., & Peña Martínez, D. E. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, XXVII(2), 13-18.
- Mendoza-Rivera, R., Gil-Alfaro, I., Saiz-Velázquez, L., Soler-Huerta, E., Mendoza-Sánchez, S., & Hernández-Aguera, J. (2009). Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el

- personal de salud sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 11, 93-99.
- Mercado Martínez FJ, (2002). Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Universidad de Guadalajara
- Mohammad Hosein, B., Golamreza, S., Hamid Reza, S., Behnam, B., Seyed Saeed, M., & Mohsen, A. (2013). Application of the Health Belief Model in Promotion of Self-Care in Heart Failure Patients. *Acta Medica Iranica*, 51(1), 52-58.
- Montero M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/57567808/Montero-Maritza-Introduccion-a-La-Psicologia-Comunitaria>
- Montero M. (2006). *Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Morales J.F. (1999). *Psicología Social*. Madrid. UNED. Edit. McGrawHill
- Morales J.F. (2007). *Psicología social* 3ra ed. McGrawHill. España
- Moreno L. (2009) El drama social de la persona con diabetes. *Salud y Sociedad: perspectivas antropológicas*. ENAH, México
- Moriña, A. (2017). *Investigar con Historias de Vida: Metodología biográfico-narrativa*. Madrid: Narcea Ediciones.
- National Cancer Institute. (1998). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. National Institutes of Health.
- Nicolaisen I. (2006, junio). Ignorados y en peligro: pueblos indígenas con diabetes. *Diabetes Voice*. v. 5 n. 2. Recuperado 23 de abril de 2013, de: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_428\\_es.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_428_es.pdf)
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell: a practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill.
- Oliveira, P. S., Lopes Costa, M. M., Lopes Ferreira, D., & Jácome Lima, C. L. (2017). Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Enfermería Global*, 16(45). Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>
- OMS. (2004). Combatamos la obesidad infantil para ayudar a prevenir la diabetes dicen la OMS y la IDF. Recuperado 6 de enero del 2010, de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/index.html>

- OMS/OPS (2012) ¿Cuál es la definición de SALUD según la OMS? Organización Mundial de la Salud. OPS. Recuperado 21 de octubre de 2012, de: [http://new.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&task=view&id=28&Itemid=142](http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=142)
- OPS. (2012) Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en)
- Pastor, L., Chrobak, E., Ponzoni, M. E., Barraza, P., & Rodríguez, G. (2012). Investigación cualitativa: mapas conceptuales generados a partir del software Atlas. ti y el aprendizaje significativo de los investigadores. Proc. of the Fifth Int. Conference on Concept Mapping.
- Pimentel González, J. P., & Correal Muñoz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2), 415-423.
- Ríos Saavedra T. (2005). La hermenéutica reflexiva en la investigación educacional. *Revista Enfoques Educativos* 7 (1): 51-66. Disponible en: [www.facso.uchile.cl/publicaciones/enfoques/09/Rios\\_N7\\_2005.pdf](http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/enfoques/09/Rios_N7_2005.pdf)
- Ritzer G. (1993) *Teoría Sociológica Contemporánea*. McGraw-Hill. España
- Romero B., Dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. (2010) Autocuidado de personas con Diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(6):09. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)
- Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.*, 26(S), 158-161. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.005>
- Sacchi M. (2007). Percepción del proceso Salud-Enfermedad-Atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva vol.3*. Argentina. Recuperado 21 de octubre de 2012, de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73130305>
- Saldaña, M. (2010). *Ritual Agrícola en el suroeste de Morelos: la fiesta de la Ascensión*. México: Plaza y Valdés; Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Sánchez-Cruz, J. F., Hipólito-Lorenzo, A., & Nugártegui-Sánchez, S. G. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam*, 23(2), 43-47.
- Santamarina C., Marinas JM (1999). *Historias de vida e historia oral*. En Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. España. Síntesis Psicología

- Sánchez Vazquez, A. (2003). *Filosofía de la praxis*. México: Siglo XXI editores.
- Sotelo, J. (1979). *Raíz y Razón de Zapata*. Comisión para la Conmemoración del Centenario del Natalicio del General Emiliano Zapata; 3a ed. México.
- Sherbourne, C. D., Hays, Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447-468.
- Spink, M. J. (2010). Psicología social y salud: asumir la complejidad. *Quaderns de Psicologia*, 12(1), 23-39.
- Strauss A., Corbin J. (2002) Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- Taboada, F. (2008). *13 Pueblos en Defensa del Agua, la Tierra y el Aire*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tafolla, M. (2011). *Murmullo entre los ciruelos*. México: Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes.
- Tarrés, M.L. (2001) (Coord.) Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Ed. Flacso. (O-C-E)
- Torres-López, Teresa Margarita, Sandoval-Díaz, Manuel, & Pando-Moreno, Manuel. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110. Disponible en: Retrieved [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000100012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000100012&lng=en&tlng=es). 10.1590/S0102-311X2005000100012.
- Tones K., Green J. (2004). *Health Promotion. Planning and Strategies*. London, Sage Publications.
- Treviño, A. Javier (2009) 'George C. Homans, the human group and elementary social behaviour', *the encyclopaedia of informal education*. [[www.infed.org/thinkers/george\\_homans.htm](http://www.infed.org/thinkers/george_homans.htm)]
- Uribe TL (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
- Valencia, M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29(1), 85-93.



Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-18.

Vásquez-Rocca A. (2011). Antipsiquiatría. Desconstrucción de concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas* n° 31. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18120621019#>

Werner Sebastiani, R., Peliocini, M. C., & Chiattoni, H. B. C. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 153-172.

Zaldúa G. (2004). La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación. Facultad de Psicología – UBA. Secretaría de Investigaciones. *XII Anuario de Investigaciones*.



## 11. Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Principales tópicos de las conferencias de promoción de la salud.....	36
Tabla 2. Dimensiones del bienestar.....	46
Tabla 3. Conceptualización del autocuidado.....	53
Tabla 4. Conceptos sociológicos para la comprensión de la vida cotidiana y sus implicaciones en el autocuidado.....	67
Tabla 5. Enfoques en el abordaje de las actitudes.....	86
Tabla 6. Soluciones teórico-metodológicas al problema de las actitudes.....	95
Tabla 7. Autores de teorías del intercambio.....	103
Tabla 8. Conceptos de Modelo de Creencias en Salud.....	114
Tabla 9. La teoría de la disonancia frente a las teorías de la congruencia y del equilibrio.....	128
Tabla 10. Conflicto decisional y factores modificables.....	130
Tabla 11. Participantes-Informantes clave.....	154
Tabla 12. Participante-Mujer viviendo con DM2.....	156
Figura 1. Teorías y Modelos de cambio de comportamiento a través del tiempo.....	32
Figura 2. Surgimiento del paradigma de la Salud Comunitaria.....	40
Figura 3. Capacidad vs libertad en relación con el bienestar.....	45
Figura 4. Necesidad de autonomía.....	49
Figura 5. Relación significativa sujeto-objeto.....	92
Figura 6. Relación significativa Sujeto-objeto-actividad.....	98
Figura 7. Actitud y actitud social.....	100
Figura 8. Paradigma del intercambio.....	107

Figura 9. Teoría de la acción razonada.....116

Figura 10. Teoría del comportamiento planeado.....117

Figura 11. Esquema del Modelo Integral de cambio de comportamiento.....119

Figura 12. Técnicas utilizadas en el método biográfico.....144

Figura 13. Círculo hermenéutico.....150

Figura 14. Mapeo teórico general.....162

Figura 15. Xoxocotla y modo de vida.....175

Figura 16. Perspectiva de ser humano.....185

Figura 17. Salud.....188

Figura 18. Autocuidado.....192

Figura 19. Vivir con diabetes.....195

Figura 20. Actitudes.....200

Figura 21. Actitudes y condiciones de bienestar psicológico.....201

## Anexos

## Anexo 1. Tabla síntesis teórico-conceptual

Salud: Capacidad humana corporeizada de construir futuros posibles y alcanzarlos. <sup>1</sup>			
Conceptos/Temas	Definiciones	Conceptos o temas relacionados	Preguntas de la guía de entrevista
<b>Padecimiento (Illness)</b>	Forma en la que los sujetos y/o los miembros de su familia o su red social más cercana explican/interpretan y responden a una condición de salud determinada.	<b>Nota:</b> los espacios vacíos en esta columna podrán complementarse mediante el análisis de la información de campo.	<p>¿Cómo es la vida en Xoxocotla?; Para usted, ¿Qué es la diabetes?; ¿Cómo ha sido su vida desde que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Ha cambiado algo en su vida a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Qué?; ¿Qué cosas hacía antes que ahora no puede hacer?</p> <p>¿Cómo es la convivencia con los demás a partir de que tiene diabetes?; ¿Quiénes son las personas con las que más convive? ¿Hay alguien cercano que esté más pendiente de usted?; ¿Por qué cree que esa persona se preocupa por usted?; ¿Cómo la hace sentir esto?</p> <p>¿Cómo es un día de su vida?; ¿Cuáles son sus actividades?</p> <p>¿A qué le dedica más tiempo en el día?; ¿Por qué?; ¿A qué le dedica menos tiempo en el día?; ¿Por qué?; ¿Cómo se reparten las actividades en su familia? ¿Cómo le hace para cubrir sus gastos?; ¿En qué gasta más?; ¿En qué gasta</p>

<sup>1</sup>Definición de Chapela, M. & Cerda, A. (2010) *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: UAM-Xochimilco.

			menos?; Tener diabetes, ¿Le ocasiona gastos?; ¿Cuáles?
<b>Malestar (sickness)</b>	Condiciones sociales e históricas de representaciones sociales de estar enfermo y de los profesionales de la salud y de las personas viviendo con la condición. Se relaciona a discursos, comportamientos y prácticas sociales dadas por el proceso de socialización.		Para este punto se retomarán las preguntas relacionadas a cuestiones históricas en Xoxocotla, esto también tiene que ver con las entrevistas a informantes clave
<b>Autocuidado:</b> Cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida.			
Conceptos/Temas	Definiciones	Conceptos o temas relacionados	Preguntas de la guía de entrevista
<b>Care</b>	Cuidados proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización	<b>Individuo autónomo.</b> Persona que lleva a acciones que benefician a su salud y que tiene la capacidad de tomar distintos aspectos para tomar decisiones acerca de ésta.	¿Tiene o ha tenido familiares o conocidos con DM2?; ¿Quiénes?; ¿Cómo se cuidan o cuidaban?; ¿Cómo se informan/informaban de lo que deben/debían hacer para cuidarse?; ¿Qué piensa de la forma en que se cuidaban sus familiares o conocidos? Antes de saber que tenía diabetes, ¿Hacía algo para cuidarse?; ¿Qué hacía?; ¿Por qué lo hacía?  ¿Cuándo se enfermó?; ¿Cómo supo que tenía diabetes?; ¿Por qué fue al médico?; ¿Cómo se sentía?; Antes del ir al médico usted ¿Ya sabía o sospechaba que estaba enfermo/a?, si es así ¿Por qué considera que no acudía al médico?

			<p>¿Qué significa para usted cuidarse?; ¿Qué hace para cuidarse?; ¿Cómo se siente cuando está haciendo cosas para cuidarse a sí mismo/a?; Considera que hay situaciones o momentos en los que le es más difícil cuidarse, ¿cuáles?; Considera que hay situaciones o momentos en los que le es más fácil cuidarse, ¿cuáles?; Para usted ¿Qué es el cuerpo?; ¿Qué opina sobre su cuerpo?; ¿Cómo cree que sea la relación con su cuerpo?; ¿Considera que su cuerpo ha cambiado a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo se cuida a partir de que le dijeron que tiene diabetes?; ¿Qué piensa de lo cosas que hace para cuidarse?</p> <p>¿En dónde se atiende?; ¿Cómo es lo/la tratan en donde se atiende?; ¿Lleva un seguimiento médico?; ¿Cada cuánto tiempo va al médico para darle seguimiento a su condición de salud?</p> <p>¿Con quién va cuando tiene dudas o se siente mal?; ¿Ha tenido complicaciones por la DM2?; ¿Qué piensa de esto?; ¿Cómo la hace sentir?</p> <p>¿Hace algo más para cuidarse además de lo que le recomiendan los/as médicos?; ¿Qué hace?; ¿Por qué lo hace?</p> <p>¿A dónde va o a quién le pregunta cuando se siente mal?; ¿De dónde obtiene información sobre cómo cuidarse?; ¿En quién confía más cuando busca ésta información?</p> <p>¿Asiste a algún grupo en donde comparta</p>
--	--	--	--

			<p>experiencias con otras personas con diabetes?; ¿Ha asistido a algún taller o plática en donde le expliquen cómo debe cuidarse?; ¿Qué piensa sobre esto? ¿Cree que pudiera hacer algo más por sentirse mejor? ¿Qué es lo que más le preocupa de vivir con diabetes?<sup>2</sup></p> <p>¿Ha sentido que se le baja o se le sube el azúcar?; ¿Qué hace en esos casos?; ¿Qué piensa acerca de esto?<sup>3</sup></p> <p>¿Hay algo de lo que le ha recomendado el médico para su tratamiento que ya hacía antes de saber que tenía diabetes?</p>
<b>Cure</b>	Tratamientos de tipo terapéutico.	<b>Paciente.</b> Persona que desde una perspectiva médica no tiene conocimientos suficientes acerca de su salud como para establecer un diálogo con los profesionales del área.	<p>¿Cómo le dijeron que tenía diabetes?; ¿Quién le dijo?; ¿Qué sintió cuando le dijeron?; ¿Qué fue lo primero que pensó?; ¿Qué fue lo que más le preocupó?; ¿Cómo le dijeron que se tenía que cuidar?; ¿Qué pensó acerca de las cosas que tenía que hacer para cuidarse?; ¿Pensó en buscar algún otro tipo de solución?; ¿Por qué?; ¿Cuál? ¿Qué es la diabetes?; ¿Por qué se da?; ¿Qué pasa cuando alguien tiene diabetes?</p> <p>¿Cuál es el tratamiento que tiene que seguir?; ¿Considera que sigue su</p>

<sup>2</sup> Esta pregunta también se relaciona con padecimiento

<sup>3</sup> Esta pregunta también tiene que ver con padecimiento



			<p>tratamiento?; ¿Qué se la ha hecho más fácil de su tratamiento?; ¿Por qué?; ¿Qué se le ha hecho más difícil de su tratamiento?; ¿Por qué?; ¿Qué piensa de esto?; ¿Cómo la hace sentir?</p> <p>Ahora le voy a preguntar acerca de algunas prácticas en específico: ¿Usted ha logrado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el agua sola (simple) que toma hasta beber ocho vasos todos los días. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Reducir el consumo de bebidas alcohólicas hasta hacerlo ocasionalmente. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Reducir poco a poco la cantidad de dulce y de azúcar, miel o piloncillo en alimentos o bebidas, hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué piensa sobre esto?;</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir poco a poco la cantidad de alimentos altos en harinas refinadas (tortilla de harina, pan blanco, pan dulce, etc.), hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Reducir poco a poco la cantidad de alimentos altos en grasa saturada (carnes, chorizo, tocino, etc.), hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Comer todos los días 5 o más raciones de verduras y frutas diferentes (una ración de frutas=un puño/una ración de verduras=dos puños). ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar poco a poco mi ejercicio hasta alcanzar diario 30 minutos seguidos en los que sienta que mi respiración es agitada. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Dejar de comer siempre que me sienta lleno/a o satisfecho/a. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Poner atención todos los días en el cuidado de mis pies como el doctor me recomendó. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> </ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar siempre mis medicamentos como me recomienda el doctor: en cantidad y en horas. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> <li>• Tomar siempre mis mediciones de presión o glucosa como me lo recomendó el doctor. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?</li> </ul>
<b>Ser humano</b>	Perspectiva histórico-contextual de la relación entre las dimensiones de existencia humana. (Cuerpo, mente, espíritu)	<p><b>Ser humano integral.</b> Perspectiva que retomadistintas dimensiones dela existencia (cuerpo, mete, espíritu) relacionadas o interconectadas.</p> <p><b>Ser humano escindido.</b> Perspectiva que considera la salud solo en su dimensión corporal o médica.</p>	Para usted, ¿Qué es la salud?; Para usted, ¿Qué es la enfermedad?
<b>Prácticas<sup>4</sup>:</b> Acciones llevadas a cabo en la vida cotidiana, donde se interconecta el mundo subjetivo y objetivo concretándose en un comportamiento determinado.			
<b>Conceptos/Temas</b>	<b>Definiciones</b>	<b>Conceptos o temas relacionados</b>	<b>Preguntas de la guía de entrevista</b>

<sup>4</sup> Par esta definición se retoma lo revisado en cuestiones de prácticas, vida cotidiana, modo de vida y acción-ideológica.

<b>Vida cotidiana</b> <sup>5</sup>	Mundo de la intersubjetividad y donde se utilizan las tipificaciones, se trata del mundo que las personas dan por hecho y no dudan hasta que se dan problemáticas	<p><b>1) Tipificaciones.</b> Constructos de primer orden del mundo social centrados en características genéricas y homogéneas. Parten del hecho que cualquier situación que se da en el mundo de la vida cotidiana las acciones vienen determinadas por experiencias anteriores.</p> <p><b>2). Recetas.</b> aspectos rutinarios de la vida cotidiana, hábitos culturales que no son cuestionados</p>	<p>¿Cómo era Xoxocotla antes?; ¿Cómo se vivía en Xoxocotla?</p> <p>¿Cómo eran los días en su vida?; ¿Qué le gustaba hacer?; ¿Qué comía?; ¿Qué actividades tenía?; ¿Qué era lo que más disfrutaba/ lo que más la/lo ponía contento/a?</p> <p>¿Cómo era su vida con su familia?; ¿Qué se hacía en su familia?; ¿Cómo era la convivencia?; ¿Cómo cuidaban en su familia de su salud?</p> <p>¿Había situaciones que le preocuparan cuando vivía con sus padres?; ¿Cuáles? ¿Hay algo de la vida con sus padres o de Xoxocotla que le haya sido muy importante o recuerda más?</p> <p>¿Cómo describiría la forma de alimentación en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así la alimentación?</p> <p>¿Qué es lo que come en un día?; ¿A qué hora come?; ¿Con quién come? ¿Ha cambiado algo en su alimentación a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Qué piensa acerca de esto?</p> <p>¿Cómo describiría la actividad física en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así la actividad física?; ¿Hace usted algún tipo de ejercicio?; ¿En qué momentos del día permanece usted acostado/a o sentada?</p>
		<p><b>1). Institucionalización.</b> Proceso que da sentido a la realidad social y en donde las personas desarrollan pautas habituales de acción e interacción en situaciones del día a día, es decir, hábitos sin los cuales sería prácticamente imposible la vida</p> <p><b>2). Roles.</b> Tipificaciones de lo esperado socialmente de los actores en situaciones específicas, se comprende como un vínculo o punto medio entre los ámbitos macro y micro del mundo.</p> <p><b>3). Reitificación.</b> Se considera como la relación dialéctica entre los actores y lo que producen.</p> <p><b>4). Legitimación.</b> Validación de las prácticas institucionales.</p>	
		<p><b>1).Estructura.</b> Se trata de propiedades que hacen posibles las prácticas sociales y solo existen a partir de ellas, adquieren su forma sistemática a través del tiempo y el espacio, haciéndose presentes a través de normas y recursos. En otras palabras, las estructuras moldean y dan forma a la vida social, pero no es en sí misma la vida social, esto difiere de la idea de una estructura coercitiva y externa, sino</p>	

<sup>5</sup> Se retoma el concepto de Shütz, sin embargo los conceptos relacionados no son solo de su teoría, sino también de la Etnometodología, Teoría de la Estructuración, Habitus y Campo y La colonización del mundo de la vida.

		<p>que parte de una visión de una estructura que parte de la acción de las personas.</p> <p><b>2). Sistema social.</b> Conjunto de prácticas sociales organizadas que exhiben propiedades estructurales. Podría decirse que es la forma en la que se concretan de la estructura, siendo el nivel macro de las normas y los recursos que en un nivel micro se manifiestan en la conducta humana.</p> <p><b>3. Estructura-acción.</b> Parte de la dualidad entre la constitución de los agentes y de las estructuras, a partir de lo cual las propiedades estructurales de los sistemas sociales son un producto pero también un medio de las prácticas en el ámbito del cotidiano de la vida social.</p>	<p>¿Ha modificado algo en su actividad física a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Qué piensa acerca de esto?</p>
		<p><b>1). Habitus.</b> Esquemas mentales o cognitivos mediante los cuales las personas producen sus prácticas, las perciben y evalúan, es decir, que mediante estos esquemas las personas manejan el mundo social. Se podría considerar dialécticamente como las estructuras sociales internalizadas o encarnadas. Es aquí donde las divisiones objetivas - clases sociales, género, grupos de edad, etc.- se reflejan.</p> <p><b>2). Campo.</b> Se trata más de cuestiones relacionales que estructurales, es decir, el campo es una red de relaciones dadas por las posiciones objetivas que tienen lugar en él. No se trata de interacciones entre los individuos y tampoco de intersubjetividad. Estas relaciones pueden ser entre agentes o instituciones y responden a la propia estructura del campo, por ejemplo el económico, religioso, artístico, etc., por lo que cada campo se organiza de manera determinada de acuerdo a su lógica y esto genera a su vez una creencia entre los actores acerca de lo que es importante en cada campo.</p>	

		<p><b>1). El mundo de la vida.</b> Concepto derivado de la obra de Shütz y Mead, se trata de la perspectiva interna del sujeto en acción, se complementa con el concepto de acción comunicativa, misma que se produce precisamente en el mundo de la vida. Es un trasfondo modelador que implica suposiciones mutuas para que sea posible la comunicación. También aquí se da el proceso de racionalización, que es el método para llegar a acuerdos con base en el mejor argumento, por medio de la racionalización se da una diferenciación progresiva de los elementos que componen el mundo de la vida. Estos elementos son la cultura, la sociedad y la personalidad y cada uno de los hace referencia a pautas interpretativas sobre la cultura y su influencia social, pautas de relaciones sociales y forma de ser y comportarse de las personas. Lograr la comprensión de estos elementos, así como el compromiso con la acción comunicativa lleva a la reproducción del mundo de la vida a través del refuerzo de la cultura, la integración de la sociedad y la formación de personalidad. Un punto para no perder de vista aquí es que el proceso de racionalización de este mundo implica una diferenciación cada vez mayor de los elementos antes mencionados, mismos que en tipos de sociedad anteriores se encontraban más claramente ligados.</p> <p><b>2). Sistema.</b> Implica una perspectiva externa que contempla la sociedad, tiene la perspectiva de un observador implicado, a diferencia del mundo de la vida a partir del cual se representa el punto de vista de los actores. Tiene sus raíces en el mundo de la vida, sin embargo desarrolla características estructurales propias. La reproducción de los elementos del mundo de la vida –cultura, sociedad y</p>	
--	--	---	--

		<p>personalidad- tiene lugar en el sistema. Como en el caso del mundo de la vida la racionalización contribuye a la diferenciación y complejidad, aspectos que aumentan la autosuficiencia de las estructuras y mientras más autosuficientes son también ejercen mayor poder sobre el mundo de la vida, hecho que se manifiesta en una cada vez menor implicación en el proceso de consenso, lo que les permite limitar el proceso del mundo de la vida, mermando la capacidad de comunicación que favorecería la comprensión y en su lugar ejercen un control externo. Entre estas estructuras se puede mencionar al estado, la familia o el sistema económico, por ejemplo.</p> <p><b>3). Integración social e integración del sistema.</b> Forma de conectar de una manera satisfactoria mediante estas dos estrategias conceptuales provenientes del mundo de la vida y el sistema, que para el autor consistiría el problema fundamental de la teoría social.</p> <p><b>4). Colonización.</b> Modo en el que en el mundo moderno el sistema controla el mundo de la vida, situación que rompe con la dialéctica entre ambos debido al creciente poder del primero sobre el segundo. Esto se ve reflejado en un aumento en la racionalidad de la acción comunicativa que orienta la comunicación más hacia una constrictión normativa basada cada vez más en el lenguaje cotidiano. Es decir, en lugar de que el lenguaje coordine la acción es el sistema restringiendo los modos de comunicación de una forma violenta, violencia que produce patologías en el mundo de la vida.</p> <p>A partir de lo expuesto se identifican elementos en la teoría de Habermas que al igual que en caso de Giddens y Bourdieu dan pistas sobre la relación entre los actores, el mundo de la vida o vida</p>	
--	--	---	--



		cotidiana para otros autores. Lo fundamental aquí es detenerse en que el sistema puede ejercer tal control que la acción comunicativa, o desde como yo lo considero, el diálogo va perdiendo su capacidad de consenso y por ende de ser un espacio de construcción en lugar de ser un espacio de repetición normativa.	
<b>Modo de vida</b> <sup>6</sup>	Modo de interacción del medio social y la personalidad, su análisis es en tres vertientes: tiempo, actividad y modo de actuar.	<b>1). Tiempo.</b> Comportamiento en relación a trabajo, la actividad social fuera del tiempo de trabajo y el tiempo libre.	Elemento que se explora desde las entrevistas a informantes clave en donde se pregunta acerca de lo que hacen las personas para cubrir sus necesidades y en general la forma en la que se distribuyen los tiempos en la comunidad. Sin embargo esto se profundiza en la entrevista a profundidad la preguntar qué hacen durante el día, en qué trabajan, etc.
		<b>2). Actividad.</b> Manera en que se obtienen los medios de subsistencia, ya que esto es la base del modo de vida	
		<b>3). Modo de actuar o forma de actuar.</b> Estilo y procedimientos de trabajo en donde se ponen de manifiesto las particularidades de las relaciones interpersonales. Lo importante aquí no es lo que se hace sino cómo se hace. Por ejemplo con voluntad, estados de tensión, etc.	
<b>Conocimiento Científico</b>	Conocimiento acerca de la condición de salud, así como sus causas y formas de atención que viene del sistema de salud formal o medicalizado		En las preguntas que tienen que ver con los cuidados mediante el discurso será importante identificar los elementos que vienen desde este conocimiento.
<b>Conocimiento lego o popular</b>	Conocimiento de la condición de salud, así como		En las preguntas que tienen que ver con los cuidados mediante el discurso será

<sup>6</sup> Concepto proveniente de la Psicología Marxista que lo retoma de la obra de este autor y que es la base conceptual para el posterior desarrollo del concepto de estilo de vida.

<b>(saber)</b>	sus causas y formas de atención que viene de la práctica cotidiana (costumbre y saberes)		importante identificar los elementos que vienen desde este conocimiento.
<b>Agencia de autocuidado</b>	Deseo de llevar a cabo prácticas para el autocuidado que se ve traducido en la toma de decisiones para la realización de acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno.		Esto se cubre cuando se pregunta a las personas acerca de que lleva cabo para el cuidado de su salud., aunque también en las entrevistas a informantes clave hay preguntas que abordan el preguntar si las personas en la comunidad cuidan de su salud o no y por qué.
<b>Prácticas deliberadas</b>	Aquellas que realizan las personas sin reflexión ni cuestionamientos.		Distinción que se realizará cuando las personas hablen de lo que hacen para cuidarse.
<b>Prácticas intencionales</b>	Aquellas en que la reflexión y la experiencia de vivencias significativas promueven la incorporación de prácticas de autocuidado.		Distinción que se realizará cuando las personas hablen de lo que hacen para cuidarse.
<b>Bienestar psicológico</b>	Estado o situación de satisfacción o felicidad, de plenitud y tranquilidad de la persona consigo misma y con su entorno.		En su vida diaria, ¿Qué es lo que más le preocupa?; ¿Qué tan frecuentemente está preocupado/a?; ¿Cómo se siente ante esas situaciones?; ¿Cómo suele resolver las situaciones que le preocupan? ¿Qué situaciones o cosas la relajan?; ¿Qué tan frecuentemente está en situaciones o hace cosas que lo/la relajen? ¿Cómo se siente con respecto a su vida?; ¿Considera que es feliz?; ¿Por qué?; ¿Qué es lo que lo/a hace feliz?; ¿Qué es lo que no lo/la hace feliz?; ¿Qué es para usted sentirse bien?; ¿En qué momentos del día

			se siente bien?; ¿En qué momentos de su vida se ha sentido bien?; ¿Qué hace usted para vivir bien?
<b>Actitudes:</b> postura de un sujeto frente a un objeto determinado.			
Conceptos/Temas	Definiciones	Conceptos o temas relacionados	Preguntas de la guía de entrevista
<b>Actitud desde la tradición histórico-dialéctica.</b>	Relación significativa entre el sujeto y los objetos de su mundo		Se relaciona a las preguntas de prácticas específicas de autocuidado y a las preguntas que se realizan para profundizar en términos de por qué llevan a cabo esto, qué significa para ellos. Para esto darán pistas las entrevistas a informantes clave.
<b>Actitud social desde la psicología Social Marxista.</b>	Expresa la orientación de valor en forma de una tendencia previa socialmente determinada de la personalidad (del grupo) hacia una relación-posición previamente definida respecto de la cosa dada (hombre, fenómeno, acontecimiento).		¿Hay ocasiones que usted sabe que tiene que hacer algo con respecto a la diabetes y no lo hace?; ¿Cómo se siente al respecto?; ¿Por qué cree que no lo hizo?; ¿Por qué cree que haya sido más importante lo otro que tuvo que hacer en lugar de cuidarse?; ¿Qué fue eso otro?; ¿Qué hace o dice cuando otros/as le preguntan por qué no lo hizo?
<b>Componente cognitivo</b>	Se comprende el comportamiento en términos de benéfica o no para la salud se relaciona con la valoración de sus costos o beneficios. Esto relacionado a la teoría de Homans sobre expectativa-valor.		En cuanto a las prácticas de autocuidado se pregunta ¿Qué piensan sobre éstas?
<b>Componente afectivo</b>	Se relaciona con la emoción que es resultado de un	<b>Estrés:</b> Condición o sentimiento experimentado cuando la persona percibe que las “demandas	En cuanto a las prácticas de autocuidado se pregunta ¿Cómo se sienten con

	<p>proceso de valoración cognitiva en donde se ponen en juego los recursos de afrontamiento sus posibles resultados.</p>	<p>exceden los recursos personales y sociales que el individuo es capaz de movilizar”, lo relevante aquí es la percepción de las personas, es decir, lo que perciben como amenaza, la vulnerabilidad hacia ésta y su capacidad de hacerle frente. En este sentido, define estrés psicológico como una "relación particular entre la persona y el ambiente que aprecia la persona como agravante o que supera sus recursos y que pone en peligro su bienestar". (Lazarus, 1984)</p> <p><b>Evaluación:</b> La considera como evaluación cognitiva y se da cuando una persona pone en consideración dos factores que contribuyen a su respuesta al estrés, en este sentido se identifica por un lado la tendencia amenazante y por otro lado la evaluación de recursos. A su vez la evaluación se divide en dos 1) la evaluación primaria, se refiere a lo que el factor significa para la persona y 2) la evaluación secundaria, se refiere a los sentimientos relacionados con el estrés o la tensión que se produce. Cabe mencionar que la evaluación secundaria sucede a la par de la primaria y de hecho, en algunas ocasiones la evaluación secundaria es causa de la primaria. Por otro lado, las creencias tienen un papel importante en los proceso de evaluación, sin embargo también hay factores situacionales que pueden influir en el proceso. (Lazarus, 1984)</p> <p><b>Afrontamiento:</b> “proceso de constante cambio de esfuerzos cognitivos y de comportamiento para manejar a las demandas externas y / o internas específicas que se aprecian como una sobrecarga o que superan los recursos de la persona.” Se distinguen dos tipos de afrontamiento 1) centrado</p>	<p>respecto a estas prácticas?</p>
--	--	---	------------------------------------

		en el problema, aparece cuando sentimos control sobre la situación; y 2) centrado en la emoción, se presenta cuando la persona siente que no puede manejar lo que origina el problema (Lazarus, 1984)	
<b>Componente comportamental</b>	<b>Teoría de la disonancia cognitiva.</b> Su postulado básico es que el ser humano procura lograr que su conducta sea coherente con sus creencias y actitudes. Ese deseo de coherencia es una de las principales motivaciones humanas.		Se pregunta específicamente ¿Qué hacen para cuidar de su salud? Y se pregunta sobre prácticas específicas (beber agua simple, reducir consumo de azúcares, etc), aunque estas prácticas vienen de recomendaciones médicas, dan una guía, lo importante será profundizar en qué si hacen y por qué lo hacen de ésta manera.

## Anexo 2. Guía de entrevista informantes clave



### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA GUÍA PARA INFORMANTES CLAVE APARTADO SOCIOHISTÓRICO

**Proyecto de Doctorado:** Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

#### Presentación

Esta guía de entrevista servirá para conocer acerca de la historia de Xoxocotla, así como algunas de sus características y de aspectos relacionados a la salud y su cuidado en la comunidad. Esto como parte del proyecto doctoral titulado *Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2*, mismo que se enmarca en la línea de investigación de Comunidad, Ambiente y Bienestar.

Ésta guía tiene como objetivo **Explorar la historia de Xoxocotla, además de sus principales características y aspectos relacionados a la salud y su cuidado en la comunidad.** Esto para contar con elementos que nos ayuden a comprender la forma en la que se cuidan y como viven las personas que tienen Diabetes Mellitus 2 en la comunidad.

La entrevista se divide en tres secciones: 1) Datos generales; 2) Características de Xoxocotla; 3) La salud y el autocuidado en Xoxocotla.

Para la realización de esta entrevista será necesario un consentimiento verbal por parte del entrevistado/a, al/a la que le será explicado el objetivo de la misma, así como le será asegurada confidencialidad a través de la asignación de un folio para su identificación anónima.

Instrucciones para el consentimiento informado (verbal):

Me gustaría hacerle una entrevista que consiste en platicar con usted acerca de la historia de Xoxocotla. Esto contemplará preguntarle acerca de los principales eventos históricos y las costumbres de la comunidad. Además, también le preguntaré acerca de lo que usted considere que es la salud y la diabetes, además de aspectos relacionados a la forma en la que en Xoxocotla las personas cuidan de su salud. La información que usted proporcione será utilizada únicamente con fines de investigación, es anónima (no aparecerá su nombre en la grabación, ni reportes o resultados), es confidencial (esta información irá directamente a los/as investigadores/as) y nadie en la comunidad se enterará de lo que usted y yo hablemos) y voluntaria (usted puede negarse a

contestar cualquier pregunta que le resulta incómoda y a terminar la entrevista cuando quiera). También es importante aclarar que de no aceptar participar usted no se verá afectado/a de ninguna manera en el trabajo o en el apoyo que pueda usted estar recibiendo de algún programa. Asimismo tampoco recibirá ningún beneficio económico por su participación, sin embargo estará apoyando en tener un mayor conocimiento sobre la historia de Xoxocotla y la forma en que las personas cuidan de su salud. La entrevista durará aproximadamente 1:30 hr., aunque usted podrá pararla en el momento en que lo desee.

Es importante que sepa que cualquier duda o inquietud que tenga con respecto a su participación en este proyecto puedes comunicarte a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos con la Dra. María Elena Ávila Guerrero al teléfono (01) 777 329 70 31 (entrega una tarjeta con los datos al participante) ¿Está de acuerdo en participar? Me gustaría grabar su entrevista, esto es para recordar su opinión o punto de vista sobre los temas que platicaremos. ¿Me permite grabar la entrevista?

*En caso de estar de acuerdo inicie con la entrevista y llene la ficha de identificación del entrevistado/a.*

## **1. Datos generales**

¿Cuántos años tiene?

¿Cuál es su nivel más alto de estudios?

¿Cuál es su lugar de trabajo?

## **2. Características de Xoxocotla**

¿Qué quisiera empezarme a contar acerca de Xoxocotla?

Desde tu punto de vista ¿Cuáles han sido los eventos históricos más importantes de Xoxocotla?

¿Qué consideras que distingue a Xoxocotla de otras comunidades?

¿Qué debería saber alguien que quiere conocer acerca de Xoxocotla?

¿Cuáles son las costumbres más importantes en Xoxocotla?

¿Cuáles han sido los problemas más difíciles que ha enfrentado Xoxocotla?; ¿Cómo los han afrontado?

¿Cómo son las personas de Xoxocotla?

¿Qué hacen las personas de Xoxocotla para cubrir sus necesidades?; ¿En qué trabajan?; ¿Qué actividades realizan los hombres y cuáles las mujeres?

### 3. La salud y el autocuidado en Xoxocotla

Para usted ¿Qué es salud?

¿Cuáles han sido las problemáticas de salud en Xoxocotla a través del tiempo?; ¿Por qué cree que se han dado?

Para usted, ¿Qué es el cuidado?; ¿Qué es cuidarse a uno/a mismo/a?

¿Cómo cuidan de su salud las personas de Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido de la misma manera?; ¿Ha cambiado algo?

¿Qué opina acerca de la diabetes?; ¿Qué opina acerca de la diabetes en Xoxocotla?; ¿Por qué cree que se da?; ¿Qué hacen las personas que tienen diabetes para cuidarse?; ¿Qué conocen las personas de Xoxocotla acerca de la diabetes?; ¿Cómo se cuidan las personas que tienen diabetes?

¿Cómo es la alimentación en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así?; ¿Ha cambiado en algo?; ¿Por qué considera que ha cambiado?

¿Cómo es el ejercicio/cómo se hace en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así?; ¿Ha cambiado en algo?; ¿Por qué considera que ha cambiado?

¿Cómo se curaban las personas antes?; ¿Cómo se prevenían las enfermedades antes?

¿A partir de cuándo hubo médicos en Xoxocotla?; ¿Cómo fue?

¿A partir de cuándo hubo Centro de Salud en Xoxocotla?; ¿Cómo fue?

¿Qué cosas hay en Xoxocotla que ayuden a las personas a cuidar su salud?; ¿Qué dificultades considera que encuentran las personas de Xoxocotla para cuidar su salud?

Hay algo que no le haya preguntado que sería importante saber acerca de Xoxocotla.



### **Anexo 3. Guía de entrevista historia de vida**



## **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA**

### **GUÍA PARA HISTORIA DE VIDA**

**Proyecto de Doctorado:** Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

#### **Presentación**

Esta guía de entrevista servirá para **comprender las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de Xoxocotla** a través de Historias de vida. Esto como parte del proyecto doctoral titulado *Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2*, mismo que se enmarca en la línea de investigación de Comunidad, Ambiente y Bienestar.

Ésta guía tiene como objetivo **Explorar las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de Xoxocotla desde una perspectiva histórica en donde los aspectos comunitarios serán también identificados.**

La entrevista se divide en cuatro secciones: 1) Datos generales; 2) El autocuidado antes de vivir con diabetes; 3) El diagnóstico; 4) El autocuidado viviendo con diabetes

Para la realización de esta entrevista será necesario realizar previamente un proceso de consentimiento informado.

#### **1. Datos generales**

¿Cuántos años tiene?

¿Cuál es su nivel más alto de estudios?

¿Cuál es su lugar de trabajo?

¿Cuánto tiempo tiene viviendo con diabetes?

## 2. El autocuidado antes de vivir con Diabetes

¿Cómo era Xoxocotla antes?; ¿Cómo se vivía en Xoxocotla?

¿Cómo eran los días en su vida?; ¿Qué le gustaba hacer?; ¿Qué comía?; ¿Qué actividades tenía?;  
¿Qué era lo que más disfrutaba/ lo que más la/lo ponía contento/a?

¿Cómo era su vida con su familia?; ¿Qué se hacía en su familia?; ¿Cómo era la convivencia?;  
¿Cómo cuidaban en su familia de su salud?

¿Había situaciones que le preocuparan cuando vivía con sus padres?; ¿Cuáles?

¿Tiene o ha tenido familiares o conocidos con DM2?; ¿Quiénes?; ¿Cómo se cuidan o cuidaban?;  
¿Cómo se informan/informaban de lo que deben/debían hacer para cuidarse?; ¿Qué piensa de la  
forma en que se cuidaban sus familiares o conocidos?

Antes de saber que tenía diabetes, ¿Hacía algo para cuidarse?; ¿Qué hacía?; ¿Por qué lo hacía?

¿Hay algo de la vida con sus padres o de Xoxocotla que le haya sido muy importante o recuerda  
más?

## 3. El diagnóstico

¿Cuándo se enfermó?; ¿Cómo supo que tenía diabetes?; ¿Por qué fue al médico?; ¿Cómo se sentía?;  
Antes del ir al médico usted ¿Ya sabía o sospechaba que estaba enfermo/a?, si es así ¿Por qué  
considera que no acudía al médico?

¿Cómo le dijeron que tenía diabetes?; ¿Quién le dijo?; ¿Qué sintió cuando le dijeron?; ¿Qué fue lo  
primero que pensó?; ¿Qué fue lo que más le preocupó?;

¿Cómo le dijeron que se tenía que cuidar?; ¿Qué pensó acerca de las cosas que tenía que hacer para  
cuidarse?; ¿Pensó en buscar algún otro tipo de solución?; ¿Por qué?; ¿Cuál?

¿Qué es la diabetes?; ¿Por qué se da?; ¿Qué pasa cuando alguien tiene diabetes?

## 4. El autocuidado viviendo con Diabetes

### I. El día a día

Para usted, ¿Qué es la salud?; Para usted, ¿Qué es la enfermedad?

¿Cómo es la vida en Xoxocotla?; Para usted, ¿Qué es la diabetes?; ¿Cómo ha sido su vida desde que  
le dijeron que tenía diabetes?; ¿Ha cambiado algo en su vida a partir de que le dijeron que tenía  
diabetes?; ¿Qué?; ¿Qué cosas hacía antes que ahora no puede hacer?

¿Cómo es la convivencia con los demás a partir de que tiene diabetes?; ¿Quiénes son las personas  
con las que más convive?

¿Hay alguien cercano que esté más al pendiente de usted?; ¿Por qué cree que esa persona se  
preocupa por usted?; ¿Cómo la hace sentir esto?

¿Cómo es un día de su vida?; ¿Cuáles son sus actividades?

¿A qué le dedica más tiempo en el día?; ¿Por qué?; ¿A qué le dedica menos tiempo en el día?; ¿Por qué?; ¿Cómo se reparten las actividades en su familia?

¿Cómo le hace para cubrir sus gastos?; ¿En qué gasta más?; ¿En qué gasta menos?; Tener diabetes, ¿Le ocasiona gastos?; ¿Cuáles?

## **II. El autocuidado**

¿Qué significa para usted cuidarse?; ¿Qué hace para cuidarse?; ¿Cómo se siente cuando está haciendo cosas para cuidarse a sí mismo/a?; Considera que hay situaciones o momentos en los que le es más difícil cuidarse, ¿cuáles?; Considera que hay situaciones o momentos en los que le es más fácil cuidarse, ¿cuáles?;

Para usted ¿Qué es el cuerpo?; ¿Qué opina sobre su cuerpo?; ¿Cómo cree que sea la relación con su cuerpo?; ¿Considera que su cuerpo ha cambiado a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Por qué?

¿Cómo se cuida a partir de que le dijeron que tiene diabetes?; ¿Qué piensa de lo cosas que hace para cuidarse?

¿En dónde se atiende?; ¿Cómo es lo/la tratan en donde se atiende?; ¿Lleva un seguimiento médico?; ¿Cada cuánto tiempo va al médico para darle seguimiento a su condición de salud? ¿Con quién va cuando tiene dudas o se siente mal?; ¿Ha tenido complicaciones por la DM2?; ¿Qué piensa de esto?; ¿Cómo la hace sentir?

¿Cuál es el tratamiento que tiene que seguir?; ¿Considera que sigue su tratamiento?; ¿Qué se la ha hecho más fácil de su tratamiento?; ¿Por qué?; ¿Qué se le ha hecho más difícil de su tratamiento?; ¿Por qué?; ¿Qué piensa de esto?; ¿Cómo la hace sentir?

¿Hace algo más para cuidarse además de lo que le recomiendan los/as médicos?; ¿Qué hace?; ¿Por qué lo hace?

¿A dónde va o a quién le pregunta cuando se siente mal?; ¿De dónde obtiene información sobre cómo cuidarse?; ¿En quién confía más cuando busca ésta información?

¿Asiste a algún grupo en donde comparta experiencias con otras personas con diabetes?; ¿Ha asistido a algún taller o plática en donde le expliquen cómo debe cuidarse?; ¿Qué piensa sobre esto?

¿Cree que pudiera hacer algo más por sentirse mejor?

¿Qué es lo que más le preocupa de vivir con diabetes?

¿Cómo describiría la forma de alimentación en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así la alimentación?

¿Qué es lo que come en un día?; ¿A qué hora come?; ¿Con quién come? ¿Ha cambiado algo en su alimentación a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Qué piensa acerca de esto?

¿Cómo describiría la actividad física en Xoxocotla?; ¿Siempre ha sido así la actividad física?; ¿Hace usted algún tipo de ejercicio?; ¿En qué momentos del día permanece usted acostado/a o sentada? ¿Ha modificado algo en su actividad física a partir de que le dijeron que tenía diabetes?; ¿Qué piensa acerca de esto?

¿Ha sentido que se le baja o se le sube el azúcar?; ¿Qué hace en esos casos?; ¿Qué piensa acerca de esto?

Ahora le voy a preguntar acerca de algunas prácticas en específico:

¿Usted ha logrado?

- Aumentar el agua sola (simple) que toma hasta beber ocho vasos todos los días. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Reducir el consumo de bebidas alcohólicas hasta hacerlo ocasionalmente. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Reducir poco a poco la cantidad de dulce y de azúcar, miel o piloncillo en alimentos o bebidas, hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Reducir poco a poco la cantidad de alimentos altos en harinas refinadas (tortilla de harina, pan blanco, pan dulce, etc.), hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Reducir poco a poco la cantidad de alimentos altos en grasa saturada (carnes, chorizo, tocino, etc.), hasta lograr comerlos máximo una vez por semana. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Comer todos los días 5 o más raciones de verduras y frutas diferentes (una ración de frutas=un puño/una ración de verduras=dos puños). ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Aumentar poco a poco mi ejercicio hasta alcanzar diario 30 minutos seguidos en los que sienta que mi respiración es agitada. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?;

¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?

- Dejar de comer siempre que me sienta lleno/a o satisfecho/a. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Poner atención todos los días en el cuidado de mis pies como el doctor me recomendó. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Tomar siempre mis medicamentos como me recomienda el doctor: en cantidad y en horas. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?
- Tomar siempre mis mediciones de presión o glucosa como me lo recomendó el doctor. ¿Qué piensa sobre esto?; ¿Qué sabe sobre esto?; ¿Qué le ha hecho fácil hacerlo?; ¿Qué le ha hecho difícil hacerlo?; ¿Estaría dispuesto/a a hacerlo?; ¿Por qué?; ¿Qué opina acerca de las personas que lo hacen?

¿Hay ocasiones que usted sabe que tiene que hacer algo con respecto a la diabetes y no lo hace?; ¿Cómo se siente al respecto?; ¿Por qué cree que no lo hizo?; ¿Por qué cree que haya sido más importante lo otro que tuvo que hacer en lugar de cuidarse?; ¿Qué fue eso otro?; ¿Qué hace o dice cuando otros/as le preguntan por qué no lo hizo?

¿Hay algo de lo que le ha recomendado el médico para su tratamiento que ya hacía antes de saber que tenía diabetes?

En su vida diaria, ¿Qué es lo que más le preocupa?; ¿Qué tan frecuentemente está preocupado/a?; ¿Cómo se siente ante esas situaciones?; ¿Cómo suele resolver las situaciones que le preocupan?

¿Qué situaciones o cosas la relajan?; ¿Qué tan frecuentemente está en situaciones o hace cosas que lo/la relajen?

¿Cómo se siente con respecto a su vida?; ¿Considera que es feliz?; ¿Por qué?; ¿Qué es lo que lo/a hace feliz?; ¿Qué es lo que no lo/la hace feliz?; ¿Qué es para usted sentirse bien?; ¿En qué momentos del día se siente bien?; ¿En qué momentos de su vida se ha sentido bien?; ¿Qué hace usted para vivir bien?

#### Anexo 4. Carta de consentimiento informado



### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ENTREVISTA DE HISTORIA DE VIDA

**Proyecto de Doctorado:** Dimensiones psicosociales del autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

**¡Buenos días/tardes!**

Actualmente estoy realizando una investigación de Doctorado, ya que me encuentro realizando dichos estudios en el **Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología** que forma parte de la **Universidad Autónoma del Estado de Morelos**. En el Doctorado formo parte de la línea de investigación en Comunidad, Ambiente y Bienestar.

La Diabetes mellitus Tipo 2 es una condición de salud que afecta tanto a las personas que la padecen como a su familia y comunidad, por lo que consideramos importante conocer más acerca de la forma en la que vive una persona con Diabetes mellitus tipo 2.

Esta investigación servirá para **comprender las actitudes relacionadas a las prácticas de autocuidado de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de Xoxocotla**, es decir, lo que nos interesa saber lo que piensa y siente en relación a cuidarse a usted mismo/a y todo aquello a su alrededor que se lo hace fácil o difícil.

Mi vista tiene la intención de solicitar su apoyo con la participación para la realización de esta investigación. **Su participación consistiría en permitirnos hacerle una entrevista acerca de su**

**vida** en la que platicaremos de los siguientes temas: **1) Datos generales; 2) El autocuidado antes de vivir con diabetes; 3) El diagnóstico; 4) El autocuidado viviendo con diabetes.**

**La entrevista durará varias sesiones** dependiendo de cuánto usted quiera compartírnos, la/lo podría visitar de dos a cinco veces, siempre que usted esté de acuerdo y cada vez que nos veamos platicaremos **aproximadamente 1:30 hrs.** También le pediría su autorización para audiograbar (utilizar grabadora de voz) lo que usted y yo platiquemos, para tener presente todo lo que usted me comparta.

### **¿Estaría usted de acuerdo en participar?**

Antes de contestarme es necesario que conozca la siguiente información.

### **¿Mi participación es voluntaria?**

Es importante que usted sepa que su participación es totalmente voluntaria, usted puede decidir con toda confianza participar o no hacerlo, sin que eso afecte ninguna cuestión laboral o cualquier apoyo que usted esté recibiendo.

### **¿Qué beneficio obtengo al estar de acuerdo?**

Si usted está de acuerdo en participar en la entrevista, no obtendrá ningún beneficio económico, pero tampoco ningún gasto monetario y estará apoyando a contar con información que puede ayudar a tener una mayor comprensión de cómo se sienten y viven las personas que tienen diabetes.

### **¿Hay algún riesgo si respondo a la entrevista?**

Ya que la información que usted proporcione será utilizada únicamente con fines de investigación, es **anónima** (no aparecerá su nombre en la grabación, ni reportes o resultados), es **confidencial** (esta información irá directamente a los/as investigadores/as) y nadie en la comunidad se enterará de lo que usted y yo hablemos), no consideramos que exista riesgo alguno para usted o su familia si usted responde la entrevista.

Debido a que platicaremos, hasta donde usted lo permita, de temas relacionados con su vida, tal vez en algún momento experimente algunas emociones que le puedan remitir a cuestiones que no le agraden mucho. En este caso, usted podrá solicitar detener la entrevista cuando lo desee o pedir que no aparezca algún tipo de información que decida no compartir.

**Si tengo alguna duda, ¿A quién puedo llamar?**

Cualquier duda o inquietud que tenga con respecto a su participación en este proyecto puede comunicarse a la **Universidad Autónoma del Estado de Morelos** con la **Dra. María Elena Ávila Guerrero** al teléfono **(01) 777 329 70 31**. O si lo prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [meavila@uaem.mx](mailto:meavila@uaem.mx)

Después de conocer esta información, le preguntaría nuevamente **¿Estaría usted de acuerdo en participar?**

**Si usted está de acuerdo en participar en la entrevista, le pedimos que firme en el cuadro siguiente.** Usted se quedará con una copia de esta carta para que tenga los contactos y la referencia del proyecto

Firma Carta de consentimiento informado para participación en entrevistas de Historia de vida

Nombre quien participa: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



**Anexo 5. Análisis temático-codificación inicial**

<p><b>Xoxocotla (El lugar de los ciruelos agrios).</b> Contexto de la comunidad.</p>	<p><b>Modo de vida.</b></p> <p><b>a). La vida en el campo</b>  <b>-Tiempo.</b> Comportamiento en relación a trabajo, la actividad social fuera del tiempo de trabajo y el tiempo libre.  <b>-Actividad.</b> Manera en que se obtienen los medios de subsistencia, ya que esto es la base del modo de vida  <b>-Modo de actuar o forma de actuar.</b> Estilo y procedimientos de trabajo en donde se ponen de manifiesto las particularidades de las relaciones interpersonales. Lo importante aquí no es lo que se hace sino cómo se hace. Por ejemplo, con voluntad, estados de tensión, etc.</p> <p><b>b) La vida en la actualidad</b>  <b>-Tiempo.</b> Comportamiento en relación a trabajo, la actividad social fuera del tiempo de trabajo y el tiempo libre.  <b>-Actividad.</b> Manera en que se obtienen los medios de subsistencia, ya que esto es la base del modo de vida  <b>-Modo de actuar o forma de actuar.</b> Estilo y procedimientos de trabajo en donde se ponen de manifiesto las particularidades de las relaciones interpersonales. Lo importante aquí no es lo que se hace sino cómo se hace. Por ejemplo, con voluntad, estados de tensión, etc.</p> <p><b>Peculiaridades de Xoxocotla.</b> Elementos que distinguen a Xoxocotla o por las que es una comunidad reconocida. Ser de Xoxocotla.  <b>Los hombres y las mujeres de Xoxocotla.</b> Características de las personas de la comunidad.</p> <p>Nota: A partir del análisis preliminar la <b>alimentación</b> y la <b>actividad física</b> irían también en relación a la forma de vida en el campo y en la actualidad.</p>
<p><b>Salud-enfermedad.</b> Concepto de salud y/o enfermedad de acuerdo a la experiencia de los/as participantes.</p> <p><b>a). Salud desde una perspectiva médica.</b> Perspectiva desde participantes relacionados con el</p>	<p><b>Salud individual.</b> Sentirse bien, no solo no estar enfermo, en términos de la cosmovisión de vivir y morir bien todos los días. Es tu nahual, es forjar tu nombre. Relacionada a la salud colectiva, desde donde se fortalece el alma (autoestima).</p> <p><b>Salud colectiva.</b> Ponerse en manos de los</p>

<p>Centro de Salud de la Comunidad.  <b>b). Salud desde el saber de la comunidad.</b> Perspectiva de los/as participantes de la Comunidad.</p>	<p>demás, relacionado con un compromiso colectivo .  <b>Capacidad de realizar actividades diarias.</b> Tener la energía y posibilidad de llevar a cabo las actividades cotidianas, incluyendo el trabajo.  <b>Origen de la enfermedad.</b> Concepción que se tiene en la comunidad sobre el origen de las enfermedades.  <b>Enfermedades presentes en Xoxocotla a través del tiempo.</b> Condiciones de salud a las que se han tenido que enfrentar las personas en la comunidad (antes y ahora).</p>
<p><b>Vivir con Diabetes.</b> Experiencia y conocimiento que se tiene sobre ésta condición de salud.  <b>a). Percepción desde las personas de Xoxocotla.</b>  <b>b). Percepción desde personas de los Servicios de Salud</b></p>	<p><b>La diabetes en Xoxocotla.</b> Percepción acerca de la diabetes como problemática de salud en su comunidad.  <b>Origen de la Diabetes.</b> Forma en la que se explica el origen de la Diabetes en la comunidad.  <b>Diagnóstico de Diabetes.</b> Características del proceso en que la persona acude al médico y es informada de su condición de salud.  <b>a). Muerte</b>  <b>Implicaciones en la vida diaria (cotidiana) de una persona con diabetes.</b> Situaciones que tiene que enfrentar en el día a día una persona que vive con Diabetes.  <b>a). Consecuencias/complicaciones de la Diabetes.</b> Problemáticas que enfrenta una persona que vive con Diabetes.  <b>I. Físicas</b>  <b>II. Emocionales</b>  <b>III. Sociales o de convivencia</b>  <b>Complicaciones.</b>  <b>a). Toma de decisiones (Familia/Médico).</b> Situaciones que se presentan y requieren toma de decisiones.  <b>c). Cosmovisión acerca del cuerpo.</b> Creencias relacionadas al cuerpo.  <b>Fuentes de apoyo.</b> Características de las fuentes de apoyo con las que cuenta una persona que vive con diabetes en Xoxocotla.  <b>a). Familia</b>  <b>b). Servicios de salud</b></p>
<p><b>Medicina alópata.</b> Elementos relacionados con la atención de la</p>	<p><b>Confianza.</b> Ponerte en manos del otro/a.</p>

<p>salud desde la medicina alópata en la comunidad.</p>	<p><b>Relación médico-paciente.</b> Características de la relación que se establece con los médicos a los que acuden las personas.</p> <p><b>Centro de Salud.</b> Características, capacidad de atención y retos que enfrenta el Centro de Salud.</p> <p><b>Tiempo.</b> Percepción acerca del tiempo dedicado a la atención de la salud desde el ámbito médico.</p> <p><b>Tratamiento-resultados.</b> Percepción que tienen las personas acerca de la efectividad del tratamiento médico que llevan.</p> <p><b>Medicamentos.</b> Creencias acerca de los medicamentos.</p> <p><b>Conocimiento científico.</b> Creencias que se tiene sobre el conocimiento de los médicos alópatas.</p>
<p><b>Medicina tradicional.</b> Elementos relacionados con la atención de la salud en el día a día de las personas de la comunidad.</p>	<p><b>Confianza.</b> Ponerte en manos del otro/a.</p> <p><b>Curandero/Médico tradicional.</b> Caracterización de la persona a la que se atribuye el conocimiento necesario para atender su salud por medio de elementos tradicionales o naturales.</p> <p><b>Tratamiento-resultados</b> Percepción que tienen las personas acerca de la efectividad del tratamiento médico que llevan..</p> <p><b>Plantas medicinales.</b> Creencias acerca del uso de plantas para atender la salud.</p> <p><b>Saber popular.</b> Conocimientos adquiridos por la experiencia acerca de la salud.</p>
<p><b>Autocuidado.</b> Cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Ligados a la noción de salud y del ser humano en el comunidad.</p>	<p><b>Significado.</b> Forma en que las personas explican qué es el autocuidado a cuidarse a ellos/as mismos/as.</p> <p><b>Prácticas.</b> Acciones que las personas en Xoxocotla hacen para cuidar de su salud, haciendo énfasis en aquellas acciones que se realizan cuando se tiene diabetes.</p> <p><b>a) Medicina Alópata</b>  <b>b) Medicina tradicional (natural)</b>  <b>c) Otros productos</b></p> <p><b>Fuentes de información.</b> Medios por los cuales las personas con diabetes se informan sobre el cuidado de su salud.</p>

	<p><b>Actitud.</b> Postura hacia las prácticas de autocuidado.</p> <p><b>a). Dejader (dependiente).</b> Actitud en la que la persona no lleva a cabo acciones para el cuidado de su salud.</p> <p><b>b). Fortaleza y confianza (autónoma).</b> Actitud en la que una persona, de manera informada y autónoma lleva a cabo acciones para el cuidado de su salud.</p>
--	---