

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos

RUTH MORAGA P.⁽¹⁾

RESUMEN

Su objetivo es explorar en la experiencia subjetiva de enfermedad y el modelo explicatorio de enfermedad que tienen los diabéticos. Se optó por la metodología de investigación cualitativa y la entrevista cualitativa como instrumento. Entre los principales hallazgos de este estudio está el hecho que los diabéticos que han logrado vivir con normalidad su enfermedad son quienes cuentan con redes de apoyo social (la familia y otros diabéticos), así como de instancias de salud que los mantienen informados sobre su enfermedad. También se conoció sobre dos tipos de experiencia de enfermedad, la normalizada y la no normalizada, referida a la manera en que se convive con la diabetes en la cotidianidad.

Palabras claves: Diabetes mellitus, enfermedad crónica, soporte social, modelo explicatorio de la enfermedad.

ABSTRACT

QUALITATIVE STUDY REGARDING THE SUBJECTIVE EXPERIENCE OF SICKNESS IN DIABETICS

Objectives: The objective of this study is that of exploring the subjective experience of sickness of diabetics. Methods: The qualitative methodology of research was chosen, and the qualitative interview as an instrument. Results: Among the main findings of this study is the fact that diabetics who have achieved to live their ailment normally, have networks of social support (the family and other diabetics), as well as health institutions that keep them informed about their ailment. The non normalized types of sickness experiences were also explored, referring to the way in which these patients cope with diabetes in their daily life.

Key words: Diabetes mellitus, chronic diseases, social support, explanatory disease models.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de carácter crónico, se han convertido en una de las preocupaciones más importante de la sociedad moderna, debido a que implica la no recuperación del estado de salud, lo que significa una estadía permanente

en los sistemas de salud, al mismo tiempo que el deterioro que generan en el enfermo es causa de que requieran que terceros se hagan cargo de ellos.

Una de esas enfermedades es la diabetes mellitus, la cual ha sido muy estudiada desde el punto de vista médico¹, pero encontramos

⁽¹⁾ Universidad de Viña del Mar, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Sociología. ruthi_moraga@yahoo.es

un vacío en cuanto a lo que ocurre en el enfermo, en sus apreciaciones de la enfermedad, incluso en su opinión de cómo debe ser tratada. El diabético se enfrenta a todo un mundo nuevo de retos, entre ellos ser rotulado de enfermo para siempre; ver cómo se van degenerando sus funciones vitales y sociales²; tener que pasar varias horas en centros médicos para controlar la enfermedad, sumado a las dificultades que encuentra para ser atendido en ciertas áreas (como las dentales y las quirúrgicas) por lo complicado que es la cicatrización de las heridas y las posibles hemorragias. Lo anterior, lleva al sujeto a vivir en un continuo estado de enfermedad³.

Pero, ¿qué sucede con el sujeto?, ¿cómo vive su enfermedad? Es decir, ¿cómo experimenta que estar enfermo constituye un área poco explorada por las ciencias médicas y que puede tener una gran importancia a la hora de dar al sujeto un nivel de vida aceptable física, mental y socialmente? Esta investigación pretendió realizar un acercamiento sociológico a la experiencia de enfermedad que viven los pacientes con diabetes, abriendo una ventana a una perspectiva que se encuentra presente y que influye en la práctica médica: la mirada del paciente y su aporte a la problemática de la enfermedad. Además, el estudio de las enfermedades crónicas es un llamado importante para las ciencias sociales, en general, y la sociología, en particular, considerando que la enfermedad no es sólo una experiencia personal, sino que también social⁴. Las formas de asumir el rol de enfermo, el seguimiento del tratamiento y la recuperación del estado de salud, no sólo competen al área médica, sino que se encuentran contextualizadas dentro de una sociedad que dicta pautas, que tiene creencias y formas de vivir la enfermedad⁵.

La pregunta que intentamos responder fue la siguiente: ¿cómo es la experiencia subjetiva y la definición de enfermedad de los pacientes

diabéticos? Responderla nos llevó a acercarnos a la realidad que viven estos enfermos, que durante la última década se han multiplicado. La diabetes constituye en Chile la octava causa de muerte, y del 100% de las muertes por diabetes, el 79,9% son adultos mayores. A raíz de eso, podemos comprender que la diabetes tiene implicancias sociales importantes. Los costos que los países deben asumir en la salud pública para atender a los diabéticos son muchos, considerando que el mantenimiento del enfermo involucra la atención de varias especialidades médicas, ya que tienden a padecer de otras enfermedades crónicas, como las del corazón. Los gastos en medicamentos, en la dieta y los exámenes que deben ser realizados para controlar la enfermedad son relevantes.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología en que la investigación se enmarcó fue la cualitativa. Nuestra opción por ella se fundamentó, en su opción por la mirada de los fenómenos desde la subjetividad de aquellos que lo vivencian y considerandos que nuestro objetivo general buscaba la descripción de la experiencia de enfermedad que elaboraban los diabéticos adultos mayores. Asimismo, se seleccionó la tradición cualitativa de la fenomenología*, que nos permitió comprender la esencia de la experiencia de ser diabético.

El universo del estudio fueron los diabéticos de la comuna de Puente Alto, en la Región Metropolitana. Se abarcó a los adultos mayores, desde los 60 años. En cuanto al número de sujetos seleccionados fue de 11, el tamaño final quedó determinado cuando se produjo la saturación** de la información. El diseño muestral que se utilizó fue el 'muestreo de criterio***.

La técnica seleccionada fue la entrevista en profundidad. Lo anterior significó que el propio

* Podemos entender la fenomenología como el estudio de las esencias (aquello que no cambia de una persona a otra en relación a la experiencia) "el pensar sobre la experiencia originaria" (García et al., 1999: 42).

** El término saturación se refiere al momento en que los datos no aportan nuevos conocimientos, es decir, cuando comienza a repetirse la información.

*** El muestreo por criterio consiste en seleccionar los casos que cumplan con ciertas características seleccionadas por el investigador en relación con los objetivos planteados en el estudio.

investigador se acercara a hablar con el sujeto, para aplicar directamente el instrumento de recolección de datos. El trabajo de campo fue desarrollado durante agosto y diciembre de 2002.

RESULTADOS

Con el fin de procesar y reducir la información se optó por el análisis fenomenológico⁶, el cual fue aplicado desde dos perspectivas: la de los diabéticos que viven con normalidad su enfermedad y aquellos diabéticos no normalizados. Es importante señalar que esta división no es tajante, más bien es un proceso, ya que en ambos casos la normalización se desarrolla gracias a la situación social en que se encuentra el sujeto y las redes de apoyo con que cuenta.

La primera etapa del análisis fenomenológico es la horizontalización y consiste en la selección de las afirmaciones que hacen referencia al fenómeno y que permiten una descripción de él (Tabla 1).

Luego viene la descripción textural que implica realizar una descripción acerca de lo que fue experimentado por el sujeto, tratando de responder a la pregunta ¿qué sucede? (Tabla 2).

Después se realiza la agrupación de temas comunes en la cual se reúnen los componentes invariables de la experiencia relacionándolos con una etiqueta temática, de manera de responder a la pregunta de ¿cómo fue experimentado el fenómeno? (Tabla 3).

Por último, se realiza la descripción exhaustiva de la experiencia o descripción estructural, en que se presenta la esencia y la estructura invariante de la experiencia en que la meta consiste en “reducir la textura (¿qué sucede?) y estructura (¿cómo fue experimentado el fenómeno?) significantes de la experiencia a una descripción breve que tipifica la experiencia de todos los participantes en el estudio”⁷. Esta etapa la presentamos de manera completa a continuación.

Diabéticos normalizados

Para este tipo de diabéticos, la diabetes es considerada una enfermedad, que implica un cuidado de por vida, incurable, pero no peligrosa, y que no causa la muerte: “La diabetes es una cosa normal ,es una enfermedad normal, que tiene que cuidarse para toda la vida cuidándose y mantenerla” (Mujer, 72 años). Además es una enfermedad que se presenta sin síntomas claros.

Tabla 1

Diabéticos Normalizados	Diabéticos no Normalizados
“Cuando uno se siente mal de la diabetes sesiente decaído”.	“Me las estoy tomando (las pastillas) un día por medio, a la idea mía”
“Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios, se siente bien uno”.	“Es una cosa que me preocupa, porque esto no tiene remedio”.
“No me siento enfermo, porque como me controló mucho yo mismo, porque eso es muy importante”.	“Preocupado porque es una enfermedad que es eterna y eso me bajó la moral”.

Tabla 2. ¿Qué sucede?

Diabético normalizado	Diabético no normalizado
Manifestación de crisis de la diabetes por medio del decaimiento.	Las pastillas causan la sensación de intoxicación, por lo que se decide a tomar el tratamiento según su parecer y no el del médico.
El diabético se preocupa de la diabetes cuando comete un desarreglo en el tratamiento.	El diabético busca remedios hasta comprender que para la diabetes nada sirve.
El diabético se acostumbra a llevar el control de su enfermedad, lo que hace que no se sienta enferma.	La diabetes impide desempeñarse en la cotidianidad.

Tabla 3 ¿Cómo fue experimentado el fenómeno?

Diabético normalizado	Diabético no normalizado
<ul style="list-style-type: none"> · Autocontrol de la diabetes (rol de enfermo). <p>El diabético se acostumbra a llevar el control sobre su enfermedad y esto permite que no se sienta una persona enferma.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manejo de las crisis. <p>Ante una baja grave de glicemia se acude al consultorio.</p> <p>Manifestación de crisis de la diabetes por medio del decaimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Inicio de la enfermedad <p>El diabético al no tener síntomas no se daba cuenta de que tenía diabetes.</p> <p>El seguir el tratamiento para la diabetes disminuye la sensación de gravedad de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sensaciones en torno a la diabetes <p>Bienestar por el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>El diabético considera que es bueno solo controlarse con la dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Normalización de la vida cotidiana. <p>La normalidad de vida lleva a que la gente no crea que padece diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Limitaciones del diabético <p>La diabetes limita lo que el enfermo puede comer.</p> <p>Malestar por dificultades para cicatrizar las heridas a causa de la diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Reacciones emocionales frente a la diabetes <p>Para el diabético no existe sensación de normalidad de vida cuando se compara con la gente sana.</p> <p>La diabetes genera angustia y miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Rol de enfermo <p>No hacer desarreglos es considerado una necesidad.</p> <p>El diabético tiene la tarea controlarse con relación al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Crisis de glicemia <p>La subida de glicemia se manifiesta con emborrachamiento y dolor fuerte de cabeza.</p> <p>Al tener un problema que afecte al sistema nervioso sube la glicemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Búsqueda de soluciones alternativas para la diabetes. <p>El ingerir aguas de hierbas es visto como una forma de ayudar al bienestar del diabético.</p> <p>El tener una actividad ayuda a olvidarse de que se tiene diabetes.</p>

El diabético no conoce la enfermedad antes de padecerla, por lo que cuando se le diagnostica siente temor ante lo desconocido. Así, la diabetes es experimentada con preocupación al principio, debido a la falta de conocimiento en relación con lo que es, la forma como vivir con ella y a las ideas asociadas al término "incurable". Pero el conocer la enfermedad y el tratamiento contribuye a que disminuya la gravedad: *"Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios, se siente bien uno"* (Mujer, 77 años).

Hay una sola preocupación que tiene que ver con la capacidad de mantenerse estable, la cual se traduce en seguir conductas (los horarios de las comidas y de los remedios), y no 'hacer desarreglos', los cuales pueden llevar a una crisis. La diabetes es asumida por el sujeto desde el tratamiento. El diabético aprende a explorar en su cuerpo, siendo capaz de darse cuenta cuando se aproxima una crisis, especialmente a través de sus estados de ánimo: *"Cuando uno se siente mal de la diabetes se siente decaído"* (Mujer, 69 años).

La normalidad, entendida como la capacidad de desarrollar una vida normal: *"La diabetes es una enfermedad que no la siente la persona"*

(Mujer, 72 años), viene de no pensar en la diabetes, seguir el control frente a conductas que puedan desencadenar una crisis, la ausencia de síntomas y la sensación de ser cuidado por el médico: *"Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios no, se siente bien uno"* (Mujer, 77 años). Así, el diabético que ha logrado vivir con normalidad su enfermedad, es capaz de preocuparse de otros aspectos de su vida. Este estado de bienestar sólo es alcanzado cuando el diabético llega a conocer de que se trata la diabetes, la utilidad de seguir el tratamiento y la capacidad de evitar que las crisis sucedan, por lo que vive como si no tuviera enfermedad: *"No me siento enfermo, porque como me controlo mucho yo mismo"* (Hombre, 89 años).

Diabético no normalizado

En este caso, ser diabético significa vivir con una enfermedad que es incurable, crónica, catastrófica, grave y que reprime al sujeto. No lleva una vida con normalidad, constituyendo la diabetes un tema central en su vida: *"es una cosa que me preocupa, porque esto no tiene remedio, la diabetes es lo mismo que el cáncer"* (Hombre, 79 años).

Lo que le molesta al enfermo de la enfermedad más que sus síntomas son las restricciones: *"Uno no puede comer nada de lo que pueden comer los demás"* (Mujer, 72 años). La limitación en las comidas, la sensación de hambre que no se satisface, no poder moverse o tener dolor en el cuerpo, la dificultad para cicatrizar heridas, hace que el sujeto se vea como anormal, lo cual le causa angustia, aislamiento social y frustración: *"Me vino, como le diría, una depresión, como pensamientos, preocupado porque es una enfermedad que es eterna y eso me bajó la moral"* (Hombre, 79 años).

El diabético sabe que su tarea es 'no hacer desarreglos', los cuales son frecuentes. Ellos también reconocen que tener problemas de tipo 'nerviosos' es causa de que se desencadene una crisis de la enfermedad: *"Todo eso me pasa por los nervios y hace que me suba la glicemia"* (Mujer, 61 años). Debido a que no ha logrado una convivencia exitosa con la enfermedad, trata de buscar una solución al hecho de estar enfermo, y al no encontrarla en el ámbito médico, la busca en la medicina alternativa, sin lograr asumir que es una enfermedad incurable. El uso de remedios alternativos, como aguas de hierbas, son una forma tratar de encontrar una solución a lo que es irremediable: *"Yo mismo todos los años corto hartas hierbas, las corto así, hierbas medicinales, las junto todas, después las hiervo y después estoy tomando agua de eso, entonces eso me ayuda."* (Hombre, 79 años). Esta búsqueda se ve potenciada por la sensación de intoxicación que le causa tener que tomar pastillas: *"Ya estoy intoxicá con tantas pastillas"* (Mujer, 72 años).

En resumen, la diabetes es experimentada como una enfermedad catastrófica, que altera el ritmo de vida, debido principalmente a las consecuencias físicas y las consecuencias psicosociales de la enfermedad. Esto último es al mismo tiempo causa de las alzas de la glicemia, es decir más que por hacer desarreglos en los alimentos es causada por problemas emocionales. No hay una situación de control, porque lo que menos experimenta el sujeto es control sobre su enfermedad, pese a haber adquirido información sobre ella, generando

desde el principio y durante el desarrollo de la enfermedad temor.

CONCLUSIONES

El proceso de diagnóstico y la experiencia subjetiva de enfermedad

Los diabéticos no normalizados no se dan cuenta acerca del mal funcionamiento del organismo. Esto manifiesta la necesidad de ver a la enfermedad no sólo como un fenómeno biológico sino como un hecho social⁸, dejando de lado el modelo biomédico de enfermedad, pues muchas veces hay ausencia de síntomas que indiquen la enfermedad. Tampoco el otro significativo (familia y amigos) pueden indicar que las cosas que está experimentando no son normales, porque se trata de personas que viven situaciones de abandono. En cambio, los diabéticos normalizados por medio de la interacción con los otros significativos van descubriendo que lo que sienten no es normal, y deciden recurrir al médico. De este modo, los otros significativos constituyen un referente sobre lo que se puede considerar normal⁷, discerniendo la gravedad de la situación y enfrentando a los sujetos con esa nueva realidad. Otra forma a través de la cual son diagnosticados es por medio de la detección realizada en lugares públicos, es decir, que la intervención de organismos dedicados a los problemas de salud tiene un papel fundamental.

El tiempo que dure el 'proceso de normalización de síntomas', dependerá tanto para los diabéticos normalizados como para los no normalizados, de lo que el entorno social considere como normal. La reacción que el sujeto diabético tenga frente al diagnóstico está en concordancia con la definición que sostiene de enfermedad. El desconocimiento genera temor. La diferencia entre el diabético normalizado y el no normalizado, es que el primero se integra con mayor éxito a las redes de apoyo (clubes en los consultorios), donde se encuentra con otros diabéticos. De este modo, la enfermedad es percibida como un reto por controlar los síntomas y así convivir con la enfermedad en la cotidianidad con éxito. En el caso de los diabéticos no normalizados, al no contar con redes de apoyo viven en

constante estado de incertidumbre frente a su enfermedad.

En el momento en que se dan cuenta de que necesitan ayuda, los diabéticos comienzan a perder el control sobre sí, otros aceptan hacerse responsables de ellos. Esta situación permite dos cosas: dar tiempo al enfermo a que asimile la situación que está viviendo y ayudarle en el proceso de adquirir nuevas conductas de vida. Los diabéticos no normalizados no tienen este tiempo ni esta cooperación, y asimilan la conducta de enfermarse al rol de paciente.

Recuperar el control, asumirse como diabéticos, dará paso a la incorporación de nuevos elementos constitutivos de su identidad a partir de la cual, desarrollarán y modificarán su vida. Los diabéticos normalizados se saben diabéticos, formulan una definición propia de enfermedad, superan el estado de crisis y aprenden a vivir con la enfermedad adquiriendo maestría en la lectura de las señales que el cuerpo envía y aprendiendo a moverse en el sistema de salud que los acoge.

El diabético no normalizado también logra una maestría en la lectura de los síntomas de la enfermedad y en el uso de los sistemas de salud, pero la forma en que los usa es diferente. Él requiere de la atención que se le proporciona, ya que se encuentra entre constantes crisis gatilladas por desapego al tratamiento y por problemas emocionales por lo que van más seguido al médico. El sujeto no consigue alcanzar un nivel de normalidad de vida.

Definición de enfermedad y atribución de enfermedad

La definición que las personas tienen de su enfermedad está en relación con lo que han experimentado en su vida. El diabético no normalizado define la diabetes como una enfermedad incurable, crónica, catastrófica y que reprime. Hace atribuciones con respecto a su enfermedad, que tienen su origen en el conocimiento que poseen de ella, también esta atribución de enfermedad tiene que ver con los sistemas de creencia en salud que manejan, llegando a asignar la culpa a persona y acciones que provienen desde fuera.

El diabético normalizado genera otra visión de la enfermedad, la ve como un desafío y

como algo común, lo que puede ser explicado por la interacción que tienen con otros diabéticos y al manejo que han logrado de los síntomas. Las causas a las cuales atribuyen la enfermedad están marcadas por el proceso de socialización en la enfermedad al que ha estado expuesto.

Contenidos del rol de enfermo

La primera diferencia con que nos topamos frente al rol de enfermo es que los diabéticos normalizados pueden ser denominados enfermos pues viven con una enfermedad controlada con cierto éxito, y los diabéticos no normalizados, en cambio son enfermos y pacientes, pues requieren permanentemente supervisión médica debido a las constantes crisis que padece.

Ser diabético normalizado, implica la tarea del autocontrol y de seguir las rutinas que se han ido construyendo. Con normalización no hay alejamiento de las responsabilidades sociales, sino una modificación en los contenidos del rol que anteriormente ejercía, siendo ampliado en cuanto a que se incorpora la dimensión de diabético. No constituye un problema para su entorno porque los síntomas de la enfermedad se encuentran bajo control, lo que permite que los otros significantes se desliguen del cuidado. Y aunque no podemos hablar de curación, el grado de normalidad con que logra vivir lo llevan a percibirse como no enfermo.

Los diabéticos no normalizados, viven en constante periodos de crisis, transformándose en pacientes de manera permanente, no hay recuperación y buscan poder ejercer con plenitud el rol de enfermo. Esto se manifiesta en la necesidad de ser atendidos, de que alguien este al pendiente de sus necesidades. También indican que es difícil hacerse cargo de su situación económica o social debido a su enfermedad. No hay autocontrol ni cooperación en el tratamiento, aún cuando saben las consecuencias.

Manejo del régimen y percepción acerca del tratamiento

El manejo del régimen tiene mucho que ver con la organización y planificación de las

actividades cotidianas que se desarrollan para dar normalidad a la existencia del enfermo.

En los diabéticos no normalizados, el régimen puede constituir un problema mayor que los síntomas, sufre por el cambio de las antiguas conductas alimenticias, especialmente cuando no cuenta con el apoyo de los otros. La poca confianza en el médico, sumado al hecho de que no se les atiende con regularidad reduce la adherencia al tratamiento, lo cual se refleja en la búsqueda de otra solución (medicina alternativa). Al mismo tiempo, la interferencia de las actividades diarias de importancia genera un rechazo al régimen.

El diabético normalizado tiene un alto grado de éxito debido al seguimiento de los regímenes y aunque critica la atención que recibe en el sistema de salud, se encuentra conforme con el tratamiento. El médico no es cuestionado en su autoridad, por lo que la presencia en el uso de tratamientos alternativos es mínima. El tratamiento que es parte de la vida del diabético mediante la rutinización de conductas, no constituye una interferencia para las actividades diarias.

Por último, adquieren gran importancia los servicios de apoyo que pueda prestar el sistema de salud a aquellos enfermos que no tienen redes sociales de apoyo óptimas. La existencia de clubes de diabéticos, en donde cuentan con atención especial, formación en torno a la enfermedad y el acceso a medicamentos y exámenes es importante. El apoyo a estas instancias de ayuda a los pacientes crónicos deben ser potenciadas por los sistemas de salud públicos primarios, no sólo para disminuir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes sino que también para la realización de diagnósticos de aquellos que aún no saben que la padecen.

REFERENCIAS

- 1.- CUASAY L, LEE E, ORLANDER P, STEFFEN-BATEY L, HANIS C. Predominio y determinantes de diabetes tipo 2 entre los filipinos - americanos en el área estadística metropolitana de Houston, Texas. *Revista Diabetes Care* 2001; 24(12). USA.
- 2.- MORSE J, JOHNSON J. Toward a theory of illness: the illness - constellation model. En: 'The illness experience. Dimensions of suffering'. Sage Publications. California, USA, 1991.
- 3.- STRAUSS A, GLASER B. *Cronic illness and the quality of life*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis, USA, 1975.
- 4.- FABREGA H. Conceptos de enfermedad: características lógicas e implicaciones sociales. En: 'Perspectives in Biology and Medicine', 1972.
- 5.- MECHANIC D. Sociological dimensions of illness behavior". *Revista 'Social Science and Medicine'*, 1995; 41(9). England.
- 6.- MOUSTAKAS C. *Phenomenological research methods*. Sage Publications. California, USA, 1994.
- 7.- CRESWELL J. *Qualitative inquiry and research desing. Choosing among five traditions*. Sage Publications. California, USA, 1998.
- 8.- MISHLER, E. Perspectivas críticas sobre el modelo biomédico. En: 'Social contexts of health, illness and patient care'. Cambridge University Press. Cambridge, England, 1981.
- 9.- GONZÁLEZ M. Seguimiento y educación a pacientes hipertensos y diabéticos en oficina de farmacia. Memoria para optar al Título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Chile, 1998.
- 10.- INE. Chile y los adultos mayores. Impacto en la sociedad del 2000". Santiago, Chile, 1999 (a).
- 11.- KAPLAN H. Salud, enfermedad y estructura social. En: 'Handbook of Medical Sociology'. Prentice Hall. New Jersey, USA, 1989.
- 12.- RAMACHANDRA U, SNEHALATHA C, KAPUR U, VIJAY V, MOHAN V, DAS A, RAO P, YAJNIK C, PRASANNA KUMAR K, NAIR J. Alto predominio de diabetes e intolerancia a la glucosa en India: Estudio nacional urbano de diabetes. *Revista 'Diabetologia'* 2001; 44(9). Alemania.
- 13.- RIEMANN G, SCHUTZE F. Trajectory as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. 'Social organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss'. Editorial Aldine de Gruyter. New York, USA, 1991.
- 14.- ROSALES S. Características de la población diabético hipertensa atendida en consultorios de atención primaria del sector sur y sur oriente de la Región Metropolitana. Memoria para optar al Título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Chile, 2000.
- 15.- TAYLOR S, BOGDAN R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1986.