



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Proyecto de tesis*  
**Significado de Automanejo y Salud Familiar en Indígenas con  
Diabetes Tipo 2**

Presenta:  
Silverio Valentín Romero Salas

Para Obtener el Grado de  
Maestría en Enfermería

Diciembre, 2021



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Proyecto de tesis*  
**Significado de automanejo y salud familiar en indígenas con  
Diabetes tipo 2**

Presenta:  
Silverio Valentín Romero Salas

Director de Tesis:  
PhD. Beatriz García Solano

Co-director de Tesis  
PhD. Elizabeth Martínez Buenabad

Para Obtener el Grado de  
Maestría en Enfermería

Diciembre, 2021

Comisión que Aprobó de la Tesis

Título

Significado de Automanejo y Salud Familiar en Pacientes con Diabetes tipo dos

MCE.

Presidente

---

MCE.

Secretario

---

MCE.

Vocal

---

MCE.

Directora de Tesis

DCE. Beatriz García Solano

MCE. Erika Pérez Noriega

Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

## Agradecimientos

A Dios

A mi familia

Amigos

Docentes

DCE. Beatriz García Solano por dirigirme

A la FE-BUAP por recibirme una vez más

## Resumen

El automanejo de glucosa de las personas que padecen diabetes tipo 2 (DT2) y la salud familiar en zonas indígenas de México, ha sido explorado desde el ojo cuantitativo, sin embargo, no observa la visión subjetiva de dicha enfermedad y la forma en que estas se empoderan de su padecimiento. Por lo tanto, la presente investigación tiene como propósito examinar los testimonios de automanejo y salud familiar de los indígenas con DT2 de una comunidad rural de Atlehuaya, Veracruz, a través de un diseño cualitativo, para eso se utilizó un diseño en el que el investigador funge como principal instrumento de indagación, se utilizó entrevista semiestructurada, grabaciones en audio, análisis de conceptos y codificación. Los resultados que se obtuvieron fueron a través de la aplicación de cuatro entrevistas semiestructuradas como pilotaje, 90 minutos en audio; el análisis cualitativo identificó 12 categorías las cuales fueron: 1) responsabilidad en salud, 2) aceptación, 3) cambios en el estilo de vida, 4) rutinas, 5) control alternativo, 6) síntomas relacionados a la DT2, 7) creencias, 8) eventos familiares relacionados a la DT2, 9) responsabilidad familiar, 10) cuidados familiares, 11) sentimientos y sensaciones relacionados a la DT2, 12) cambios en los hábitos. Esas categorías se dividieron en 49 categorías respectivamente constituyendo una red de conceptos relacionados al fenómeno de estudio.

Nombre Fecha de Graduación:

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Título: Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Número de páginas: 40

Área de Estudio: Enfermería Clínica

## Tabla de Contenido

	Pág
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	4
1.3 Importancia del Estudio	4
1.4 Marco Conceptual	4
1.5 Estudios relacionados	10
1.6 Definición de términos	12
1.7 Objetivo general	13
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño de estudio	14
2.2 Población, muestreo y muestra	15
2.3 Criterios de inclusión	15
2.4 Instrumentos de Medición	15
2.5 Procedimiento	17
2.6 Ética del Estudio	17
2.7 Plan de Análisis	18
Capítulo III	
Resultados	
3.1 Características de la población	20

3.3 Tablas de análisis cualitativo relacionado al automanejo	
3.3.1 Responsabilidad en salud	20
3.3.2 Aceptación	21
3.3.3 Cambios en el estilo de vida	21
3.3.4 Rutinas	21
3.3.5 Manejo alternativo	22
3.3.6 Creencias de la diabetes tipo 2	22
3.3.7 Síntomas relacionados a la diabetes tipo 2	23
3.4 Tablas de análisis cualitativo relacionado a la salud familiar	
3.4.1 Eventos familiares relacionados a la diabetes tipo 2	23
3.4.2 Responsabilidad familiar	23
3.4.3 Cuidados familiares	24
3.4.4 Sentimientos y sensaciones relacionadas con la diabetes tipo 2	24
3.4.5 Cambio en los hábitos	24
Referencias bibliográficas	



## Capítulo I

### Introducción

#### *1.1. Planteamiento del problema*

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID), la diabetes es considerada una emergencia de salud a nivel mundial, se calcula que 4.2 millones de adultos de entre 20 y 70 años morirán de diabetes tipo 2 (DT2), esto equivale a una muerte cada 8 segundos; en el mundo existen más de 463 millones de personas que viven con DT2 y se prevé que la cifra ascienda a 578 millones en el año 2030 y a 700 millones para el año 2045; la DT2 en el año 2019 causó 2.3 millones de defunciones en mujeres y 1.9 millones en hombres a nivel global (FID, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes en el año 2016, y en 2019 causó 1,5 millones de defunciones, dando como resultado un aumento en un 70% a nivel mundial entre 2000 y 2019, y del 80% en el número de muertes por esa causa entre los hombres, ubicando así a la diabetes como la novena causa de defunciones en el mundo (OMS, 2020).

Se confirma que existen más de 400 millones afectados con (DT2) en el mundo, se estima que la prevalencia aumentará si continúan estas tendencias. La OMS señaló a la DT2 como una de las diez causas de muerte del año 2016 con 1.6 millones de defunciones, luego de que en el año 2000 tuvo un cierre menor al millón de defunciones por dicha enfermedad (OMS, 2020)

En América Latina la situación no es diferente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), estima que en las Américas existe aproximadamente 62 millones de personas con DT2 y necesitan apoyo de sus familias. La campaña del día mundial de la diabetes 2018, promueve el acceso asequible y equitativo para las familias y cuidados esenciales, medicamentos

y tecnologías, educación para el automanejo e información para prevenir la DT2 y lograr resultados óptimos.

La prevalencia de DT2 en México hace que la enfermedad sea considerada una epidemia, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2020) reportó 151,051 muertes por DT2 en mayores de 20 años, de los cuales 78,971 fueron hombres y 72,080 mujeres, Veracruz reportó ese mismo año 12,702 defunciones, 6,318 hombres y 6,382 mujeres a causa de la DT2, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), dio como resultado 9.8 millones de personas de 20 años y más con esta enfermedad. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2020), en la semana dos del año 2018 reportó 4,940 enfermos de DT2, la cifra prevaleció en la misma semana, del año 2019 con 4,943 casos; sin embargo, para el año 2020 el reporte de la misma semana aumentó considerablemente con la presencia de 5,338 casos nuevos.

En el centro sureste de la República Mexicana se encuentran el estado de Veracruz, que en la semana epidemiológica dos de 2018 se reportaron 345 casos nuevos, para 2019 la cifra se mantuvo en 335 enfermos nuevos de DT2, sin embargo, 2020 la cifra se disparó a 495 casos reportados en la segunda semana. Estos datos reflejan que la DT2 no sufren cambios positivos, por el contrario, las proyecciones para el futuro no parecen prometedor, lo que hace necesario que se empleen mejores estrategias para disminuir las cifras que las personas se sigan enfermando. Así mismo, indican que el grupo etario más afectado son las mujeres de 55 a 69 años (SINAVE, 2020).

Las personas que hablan una lengua indígena en México representan el (6.1%) de la población del país, lo que equivale a 7,364,465. Dado que el estado de Veracruz tiene una población de 8,063,579 de los cuales 663,503 (8.6%) hablan una lengua indígena (INEGI,

2020). En Veracruz ocho municipios de las altas montañas como lo son Zongolica, Tehuipango, Soledad Atzompa, Tequila, Tezonapa, Rafael Delgado, Mixtla de Altamirano y Atlahuilco) concentran el 18.6% de la población que habla una lengua indígena (SEFIPLAN, 2016). Es por ello, la importancia de contribuir en el fenómeno de estudio de la DT2, a través de técnicas exploratorias cualitativas e identificar y describir el automanejo del tratamiento de la DT2 y la salud familiar de los indígenas con lengua náhuatl, como lo proponen; García-Piña., Cardoso-Gómez., Serrano-Sánchez y Ostiguín-Meléndez (2015).

En Veracruz se encuentran varias zonas de bajo desarrollo social marginadas en donde se les brinda servicio de salud a muchas poblaciones que son zonas indígenas y tienen una población bilingüe como es el idioma náhuatl que es la lengua más hablada en esa región, por lo tanto, los factores culturales se pueden considerar elementos que influyen para que el tratamiento de DT2 tenga éxito, en específico, la medicación y el automanejo del control glicémico en el hogar.

Como en muchas enfermedades crónico-degenerativas de larga duración, la DT2 afecta a muchas personas, específicamente a las personas de origen indígena en zonas de bajo desarrollo social, quienes son consideradas vulnerables, ya que los programas de salud no contemplan su cultura, su lengua y sus tradiciones. Los programas que existen, están encaminados a un enfoque de población urbana dejando a un lado el significado del automanejo y el apoyo de la familia para contrarrestar el problema de la DT2 como la medicación, el control glucémico, la dieta entre otros, es aquí donde cobra importancia la utilización de paradigmas de investigación alternativo como lo es el cualitativo para identificar las subjetividades dentro de una cultura de diferente lengua y cultura a los que los programas de salud están dirigidos. Autores como Bonal-Ruiz., López-Vásquez., Meoño-Martin., Walter- Brañas y Coelho (2017) sugieren que el trabajo que se debe de realizar de automanejo se dirija a poblaciones rurales y

económicamente bajas, en específico zonas indígenas en donde los servicios de salud no son suficientes. La investigación cualitativa parte de los datos expresados por los seres humanos de diversas maneras, generalmente son construcciones del mundo que les rodea y se representan por símbolos que son llamados significados. Desde luego que esos significados están íntimamente relacionados con la vida misma, la salud, la enfermedad y el cuidado, por lo cual es imperante “para enfermería comprender los significados que se dan en los seres humanos, esa comprensión se da por la interpretación de los mismos en los discursos mismos” Natera-Gutiérrez., Guerrero-Castañeda., Ledesma-Delgado y Ojeda-Vargas (2017). Por lo anterior surge el siguiente propósito de estudio.

## **1.2. Propósito de estudio**

Explorar el significado del automanejo y salud familiar de los indígenas con DT2 de Atlehuaya, Veracruz, a través de un diseño cualitativo mediante la realización de un análisis de contenido de datos cualitativos.

## **1.3 Marco referencial**

Definir el término automanejo entre la población indígena, requiere de un ejercicio de profundo análisis del término desde diferentes ópticas, para el equipo de salud es importante contar con estrategias para comprender el fenómeno de estudio en estos grupos étnicos específicamente respecto a los perfiles socioculturales de las personas indígenas que viven con DT2.

El automanejo para Rodríguez-Santamaria., Gallegos-Cabriales., Gutiérrez-Valverde y Alarcón-Luna (2017), es aquello que el mismo paciente debe de realizar para mantener sus niveles de glucosa óptimos como son actividad física (AF), alimentación correcta (AC) y adherencia a su tratamiento (AT). Para Lange et al (2016) este concepto no es de reciente

creación en las ciencias de la salud pero conforme ha pasado el tiempo se ha identificado que el paciente tiene que tener el empoderamiento de su enfermedad y así llevar un adecuado automanejo de su tratamiento y sus síntomas, debe estar apoyado no solo por sus habilidades personales, sino también por su familia, comunidad y equipo de salud para el manejo de síntomas, tratamiento, cambio en los estilos de vida, consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas. El automanejo es el que el mismo paciente lleve a cabo la formación de sus propias habilidades y recursos con los que cuenta para mejorar su estado de salud y su nivel de estilo de vida, Mendoza., Chaparro., Gallegos y Carreño (2018).

Tradicionalmente el automanejo se ha estudiado desde la perspectiva positivista ya que existen instrumentos psicométricos que pueden medir y cuantificar el fenómeno de estudio; sin embargo, se requiere también ver la perspectiva y el significado que le dan las personas indígenas con DT2 al automanejo y considerar el apoyo de su familia, en este sentido, Pereira, Peñaranda, Pereira, Pereira, Mijangos (2019) concluyeron que existen beneficios de gran importancia referente a los riesgos cardiovasculares así como metabólicos que trae consigo la diabetes, pero que también las pautas y la dosis del ejercicio son importantes para la disminución de los niveles de glucosa en la sangre.

Se ha demostrado que una rutina diaria de AF mejora sustancialmente el control de la glucosa en la sangre, esta dimensión es importante como parte del automanejo. Poblete-Aro, Russell-Guzmán, Parra, Soto-Muñoz, Villegas-González, Cofré-Bolados, Herrera-Valenzuela (2018) mencionan que el ejercicio físico es capaz de mejorar el control glicémico, así como mejorar la composición corporal de las personas que la practican, no obstante, se puede observar un mejor funcionamiento cardiovascular que como resultado disminuyen las complicaciones en

este sistema. El ejercicio físico como actividad trae consigo nuevos beneficios que como actividad diaria apoyara en prevenir y tratar las enfermedades crónicas como la DT2.

Otros autores como Eroza-Solana., Álvarez-Gordillo, Acero-Vidal (2019) dan testimonio de lo dicho por un participante de su estudio en el que refiera que la ausencia de sus rutinas de AF diario fue lo que dio pie a que adquiriera la DT2, de igual forma de los hallazgos encontrados refiriéndose a la AF en la cual las faenas realizadas por los entrevistados son tomadas como la cantidad de esfuerzo físico que el personal de salud prescribe como AF, con lo que dan por hecho que eso ya es tomado como ejercicio diario. Leiva, Martínez, Petermann, Garrido-Méndez, Poblete-Valderrama, Díaz-Martínez y Celis-Morales (2017), encontraron que el sexo masculino como femenino hay posibilidad de enfermarse de DT2 por ausencia de AF y sedentarismo, es decir, más de 4 horas diaria, lo que los vuelve susceptibles para esta enfermedad.

Referente a la AC autores como Hermoza-Arámbulo, Matellini-Mosca, Rosales-Rojas y Noriega-Ruiz (2017) encontraron que existe una adherencia baja a la AC, así como una asociación estadística entre el diagnóstico del pie diabético y el bajo apego a la AC, y recomiendan elaborar nuevas hipótesis y trabajos de investigación que hagan referencia a esta dimensión del automanejo para nuevos descubrimientos. Ventura-Carmona., Ruiz-Muelle y López-Rodríguez (2019) encontraron que la AC es el componente al cual los pacientes presentan menos adherencia, se observó que el 32,6% (n=7) de los pacientes con diabetes se les dificulta apegarse a un plan alimenticio, el 53,1% de los participantes comen comida diferente a las personas que conviven con ellos. Forero, Hernández, Rodríguez, Romero, Morales y Ramírez (2018), resultó evidente que en los pacientes con diabetes tipo 2 existe un predominio de la ingesta de carbohidratos, almidones de los cereales y subproductos elaborados con estos, así

como el alto consumo de azúcar y grasas que afectan la salud del paciente, esto debido al bajo costo de los alimentos, así como a patrones culturales de hábitos alimenticios.

En cuanto a la dimensión de la AT, Romero., Parra., Sánchez y Rojas (2017) identificaron a lo que los pacientes con DT2 no son adherentes, por ejemplo, al tratamiento como lo son lo prescrito por el personal de salud, así como a no cumplir las indicaciones respecto a la medicación. Ramos-Rangel., Morejón-Suárez. Gómez-Valdivia., Reina-Suárez., Rangel-Díaz y Cabrera-Macías (2017) reportaron que el 63% de los pacientes con DT2 no cumple las indicaciones en cuanto a la AT y la frecuencia de quienes si siguen las recomendaciones son tan solo del 37%. Eso significa que se confirma con otros estudios que ponen en evidencia la baja AT. Sin embargo, esta situación sigue siendo un problema que no se ha podido resolver porque en ello están involucrados factores de comportamiento abarcando dimensiones interpersonales y personales del mismo paciente.

Ante la importancia del automanejo para un adecuado control de la DT2 es importante conocer los actores que intervienen para que se lleve a cabo, como actores principales están la familia que son los que le brindan apoyo al paciente con la enfermedad antes mencionada, para eso, es de interés conocer como lo apoyan sus seres más cercanos.

El apoyo familiar es una dimensión de la salud familiar, que afecta al automanejo, es indispensable que las personas con DT2 tengan un estado de salud de una familia como unidad y que incluya el impacto que causa la salud de un miembro sobre de la familia, DECS (2020).

Que la familia no participe como apoyo al paciente con DT2 en relación a los cambios de hábitos alimenticios, y el paciente con dicho padecimiento tenga que integrarse al mismo régimen de alimentación que todos los integrantes de la familia, trae como consecuencia un descontrol en sus niveles de glucosa y por lo tanto, un fracaso en el adecuado automanejo, Mendoza-Catalán.,

Juárez-Medina., Pimentel-Jaimes., Higuera-Sainz y Gutiérrez-Valverde (2017). Por su parte García-Morales., Rodríguez-Pascual y Garibo-Polanco (2017), determinaron que el bajo apoyo familiar del paciente con DT2, aumenta el riesgo de descontrol metabólico, por lo que es recomendable mejorar el apoyo familiar y que estos se involucren con los cuidados que debe tener el portador de la enfermedad y así se eviten complicaciones y mejorar el control metabólico.

Realizar investigación desde la perspectiva cualitativa aporta conocimiento que muchas veces está presente en la interacción que se entre paciente y personal de enfermería, pero no se considera por su naturaleza subjetiva.

El interaccionismo simbólico (IS), termino creado por George Herbert Mead en 1934, donde conceptualiza y describe la conducta de las personas y la relaciona al significado de las cosas para el sujeto que depende de la interacción social [Blúmer, 1937]. Mead afirma que la interacción social es a través del lenguaje y por medio de la interacción de símbolos.

La investigación cualitativa hace uso de métodos para llegar a descubrir lo que se quiere conocer acerca de la variable en cuestión. Si se parte de la experiencia filosófica de la interacción simbólica o teoría fundamentada se podrían realizar análisis de contenido, expresiones, testimonios y significados del automanejo en personas indígenas con DT2 como una fusión de formulaciones sociológicas más prominentes. En este estudio de corte cualitativo se usará el interaccionismo simbólico que se da en la sociedad utilizando el enfoque de teoría fundamentada (TF) (Pons-Diez, 2010) para el análisis de los datos. La TF desarrollada por (Glaser y Strauss, 1967) tiene su origen en la sociología y en el desarrollo del interaccionismo simbólico. Esta, constituye la alternativa a las teorías funcionalistas que predominaban en la sociología de ese tiempo, además de ser un método de apoyo a las teorías sobre comportamiento humano y en el



mundo social. (Glaser y Strauss, 1967) la definen como metodología de análisis y recolección de datos de los cuales resulta una teoría o conjunto integrado de hipótesis de conceptos, sobre el área substantiva que es el objeto de estudio.

Grove, Gray y Burns (2015), definen la TF como una técnica inductiva que surgió de la sociología. Fundamentada significa que la teoría se desarrolla a partir de la investigación, y tiene origen en los datos que esta deriva. Gran parte de los investigadores utilizan la metodología de TF en la (TIS) que desarrollo [George Herbert Mead] en 1934. La TIS explora como definen la realidad las personas y como se relacionan sus creencias y sus acciones. La realidad es creada sumando significados a las situaciones reales. Dicho significado se expresa a través de símbolos como lo son palabras, objetos religiosos, patrones de conducta y forma de vestir. Estos significados son la base para las acciones y las interacciones y son diferentes para cada individuo. La interacción puede dar lugar a redefinición de un significado o a la construcción de otros nuevos. El investigador que utiliza la TF busca comprender la interacción entre el yo y el grupo desde la perspectiva del participante. Polit y Beck (2018), incluye 1) seres humanos que actúan las cosas con base a los significados que tiene para ellos, 2) el significado de las cosas que deriva de la interacción humana y 3) los significados se manejan y modifican mediante un proceso interpretativo que en este grupo de interés sería por las condiciones culturales que muestra. La teoría fundamentada puede ayudar a desarrollar una comprensión conceptual del significado del automanejo de forma más profunda a través de observaciones reales, es decir, con la interacción directa con los pacientes. Cuando las interacciones o los conceptos en la teoría fundamentada comparan categorías surge una teoría que puede ser explicada por mapas conceptuales para ilustrar el manejo gráfico de los conceptos que emergen del mismo.

#### *1.4. Estudios relacionados*

Los estudios que se han realizado hasta este momento son de corte cuantitativo, y abarca grupos indígenas con variables psicométricas de automanejo utilizando estadísticos de correlación, comparación entre grupos. Dichos estudios indican que las mujeres tienen más empoderamiento que los hombres desde el punto de vista estadístico y se han estudiado poblaciones adultas y adultos mayores principalmente. A continuación, se describen los estudios directamente relacionados de la variable de estudio seguidos de los estudios de las subvariables.

Müller-Wieland (2018) refiere que los medicamentos para la diabetes a largo plazo deben disminuir los niveles de la glucosa y evitar la hipoglucemia y así mismo, deben prevenir la hiperglucemia aguda así como las complicaciones a corto plazo, la morbilidad y la mortalidad de los pacientes que la padecen, de igual forma evitar los síndromes geriátricos asociados con niveles regulares de glucosa en sangre superiores a 200 mg/dl (11,1 mmol/l), dicha administración debe ser de fácil automanejo para el paciente y afectar positivamente a las comorbilidades. Gutiérrez-Gómez., Peñarrieta-de Córdoba y León-Hernández (2017) mencionan que el apoyo al automanejo es lo que los profesionales de la salud, cuidadores y el sistema de salud hace para ayudar a la persona con cronicidad para manejar su enfermedad o condición con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad, detectar, tratar y controlar los primeros signos de enfermedad y minimizar el impacto incapacitante de las condiciones y complicaciones, sin embargo, el empoderamiento se consigue compartiendo y aprendiendo de los compañeros y trabajando en grupos. El trabajo en grupo reduce el aislamiento y facilita la autoeficacia. Mendoza., Carreño y Chaparro-Díaz (2018) observaron que, en la práctica, es claro que el automanejo visto como un proceso y un resultado puede diferenciarse para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, aspectos como los sentimientos, la percepción de apoyo y la

actividad física son puntos críticos de intervención; mientras que para los hombres los son el afrontamiento de la enfermedad, la cesación del consumo de tabaco y alcohol, así como optar por una alimentación saludable. León-Hernández., Peñarrieta -de Córdoba., Gutierrez-Gomez., Banda-González., Flores-Barrios y Rivera (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las variables predictoras del comportamiento de automanejo en usuarios con DT2, Hipertensión Arterial y Obesidad, se utilizó una muestra no probabilística e intencional a una población de 386 pacientes, el diseño del estudio fue no experimental, transversal y los hallazgos se observa que la variable autoeficacia fue un predictor importante con ( $\beta=.38$ ); es decir, que es la variable que mejor predice el automanejo, por lo que se observa que el automanejo es complejo, la varianza explicada para el automanejo fue (57.5%). Así mismo, Dao., Spooner., Lo y Harris (2019) elaboraron un estudio cualitativo exploratorio con el objetivo de investigar los factores que influyen en la autogestión de la DT2 en la práctica general. Para dicha investigación realizaron diez entrevistas cualitativas semiestructuradas con pacientes que padecen DT2, dichas entrevistas se analizaron temáticamente con la utilización del modelo socioeconómico como referente para la codificación, los temas se derivaron de forma inductiva sobre la base del significado indicado en el texto, en la codificación se identificó que los factores que influyen en la autogestión son como número uno el individual como lo es la alfabetización en salud electrónica, motivación, limitaciones de tiempo; el segundo fue el interpersonal, en este aparece la familia y amigos, educación en DT2, relación paciente-personal de salud; el tercero es el organizacional como lo es la atención multidisciplinaria y por último los niveles comunitarios entre ellos se encuentran la cultura y recursos de autogestión.

### 1.5 Definición de términos

**Automanejo:** Es Capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica. La autogestión eficaz abarca la capacidad de controlar la propia afección y de realizar las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria.

**Actividad física (AF):** Actividad física que es generalmente regular y realizada con la intención de mejorar o mantener el acondicionamiento físico o salud. Se diferencia del esfuerzo físico que se ocupa en gran parte de la respuesta fisiológica o metabólica al gasto de energía.

**Alimentación correcta (AC):** La ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades de conseguir energía y desarrollarse.

**Adherencia al tratamiento (AT):** Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado. Esto implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención de salud.

**Salud familiar (SF):** es un estado de salud positivamente visto o ideal que los mismos miembros se esfuerzan aun cuando algunos miembros se enfrentan a una enfermedad crónica, enfermedad terminal, el abuso de sustancias, problemas de salud mental o acontecimientos de la vida impredecibles.

**Salud de la familia:** Estado de salud de una familia como unidad incluyendo el impacto causado por la salud de un miembro sobre la misma.

## **1.6 Objetivo general**

Explorar los significados del automanejo en DT2, que le dan las personas indígenas de Atlehuaya, Veracruz.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

#### **2.1 Diseño de estudio**

En el presente capítulo se describe la metodología que se empleó para el desarrollo de la presente investigación misma que obedece a un diseño cualitativo, apoyándose del interaccionismo simbólico como base filosófica y la teoría fundamentada. Ambos métodos facilitaron en un principio la aproximación con los sujetos de estudio contemplando sus contextos socioculturales. En la dimensión cotidiana, la metodología resultó sumamente importante, así como lo refieren las palabras de Natera-Gutiérrez., Guerrero-Castañeda., Ledesma-Delgado y Ma. Guadalupe Ojeda-Vargas (2017).

La teoría fundamentada es un diseño de investigación cualitativa, reconocido a nivel internacional, que ha sido utilizado para desarrollar teorías sobre fenómenos de salud relevantes. Para esta investigación, no es la excepción dado que jugó un papel central, al poner en acción el sentido de la observación participante contemplando no solo el estudio de los sujetos de forma aisladas, sino en relación con su entorno, lo que también nos permitirá la prevención de enfermedades. En ese sentido la metodología cualitativa, como lo menciona Sánchez-Flores (2019), es una forma de crear conocimientos científicos, aplicando métodos y técnicas de manera rigurosa y que tienen como punto central la comprensión de la naturaleza de aquellos fenómenos que no son pasibles de cuantificación ni hipotetización, aplicando sus propios recursos procedimentales para una aproximación cognoscitiva de los fenómenos de estudio.

## **2.2 Población, muestra y muestreo**

**2.2.1 Población:** se conformó por personas que acuden por su tratamiento mensual por DT2 al centro de salud Atlehuaya, Veracruz.

**2.2.2 Muestra:** La muestra preliminar (piloto) se conformó de cuatro personas.

**2.2.3 Muestreo:** El muestreo será teórico hasta alcanzar la saturación de la muestra.

### 2.3 Criterios de selección

**2.3.1 Criterios de inclusión:** ser personas con DT2 controlada mínimo los últimos doce meses previos al estudio, quienes hayan tenido mínimo cuatro consultas médicas durante un año de control glucémico, glucosa igual o menor a 100 mg/dl, hemoglobina glucosilada menor a 6.5%, que se encuentren bajo régimen terapéutico con hipoglucemiantes orales, adultos entre 20 y 65 años de edad, que cohabiten en un hogar familiar y convivan con dos integrantes de su familia, que sepan leer, escribir y se comuniquen en español.

**2.3.2 Criterios de exclusión:** personas que no hayan acudido a consulta los últimos doce meses previos al estudio, quienes no estén en control glucémico en las últimas cuatro consultas, personas que tengan una cifra mayor a 100 mg/dl de glucosa, quien tenga hemoglobina glucosilada mayor a 6.5%, quienes no acepten el tratamiento con medicamentos orales, personas que sea menor de 20 años, quien no sepa leer, escribir y hable solamente el idioma náhuatl.

**2.3.3. Criterios de eliminación:** se eliminarán todo aquel participante que en alguna fase de las diversas entrevistas sufra de crisis aguda de glucosa y/o alguna otra enfermedad que a criterio del participante sea de mayor trascendencia que la DT2.

**2.4 Instrumento de medición:** A los participantes se les aplicó una entrevista semiestructurada con preguntas detonantes, que surgen de los ramales temáticos de los que se conforma la variable de estudio. Se realizó en tres momentos, el primer momento inicia con el saludo al momento del

primer contacto con el participante iniciando con preguntas rompe hielo, en el segundo momento comienzan las preguntas detonantes que corresponden a las variables en cuestión, y el tercer momento, ya para finalizar y agradecer por su participación dejando en claro si se llegara a tener otra visita quede abierta esa posibilidad.

### **Preguntas Automanejo**

#### **Primer momento:**

¿Cómo esta señora?

¿Cómo le va en su día de hoy?

¿Cómo se encuentra su familia?

#### **Segundo momento:**

¿Cuánto tiempo tiene con su problema de diabetes?

¿Cómo le hace usted para que la DT2 esté controlada?

¿Cuáles son las formas para controlar la DT2?

¿Qué estrategias usa para controlar la DT2?

¿Puedes darme un ejemplo?

¿Cómo es tu día con la DT2?

¿Cómo son las actividades cotidianas para controlar la DT2?

¿Qué alimentos comes para manejar tu DT2?

¿Qué clase de actividad física realizas para manejar la DT2?

¿Cómo es la rutina para usar los medicamentos de control de DT2? (que controlan tu azúcar).

#### **Tercer momento:**

Muchas gracias por su tiempo, espero que continúe controlando sus niveles de glucosa para evitar problemas futuros.



Recuerde que ante cualquier situación o eventualidad que se presente, estoy en el centro de salud para apoyarle.

**2.5 Procedimiento de recolección de datos:** como primer punto se pedirá la aprobación del comité de ética de la FE-BUAP para dar inicio a esta investigación, posterior a eso, se concertará una sesión con el departamento de enseñanza de la jurisdicción sanitaria número 7 de Orizaba, Veracruz y explicar el objetivo de la visita, se realizará por escrito la petición para poder realizar dichas entrevistas a los pacientes de dicho centro de salud, una vez autorizado me trasladaré al centro de salud para extraer la información necesaria de los expedientes clínicos, así como de las tarjetas de control de pacientes crónicos, se clasificará a los participantes que hayan cumplido con los criterios de inclusión, se realizará visita domiciliaria a las personas para informarles acerca de la investigación que se está realizando, se les invitara a participar, se explicará que consiste en aplicar una entrevista semiestructurada con preguntas que se relacionan al cuidado de la diabetes y como ellos hacen para que sus niveles de glucosa (azúcar en sangre) esté controlada, y que los datos que ellos proporcionen son de importancia para entender y conocer lo que funciona en ellos. Se les dejara claro que esta entrevista no compromete su tratamiento médico, si aceptan, se les aplicara una carta de consentimiento informado para que la firmen de autorización. En ese mismo momento la entrevista será aplicada. La entrevista constará de tres tiempos, el primero se llevará a cabo desde el saludo a la persona con preguntas a fin de familiarizarse y ganarse la confianza y apertura para hablar, posterior a eso, como segundo tiempo se le harán preguntas detonadoras ya elaboradas, y por último se realizará un cierre de la misma entrevista agradeciendo su participación para posterior a eso la despedida.

**2.6 Consideraciones éticas:** La presente investigación se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud específicamente en el Título Quinto de la Ley

General de Salud en Materia de Investigación para la Salud menciona en el Artículo 96 que el fin de la investigación en salud contribuirá al conocimiento para entender, prevenir, tratar y controlar los problemas que deriven de la enfermedad. Así mismo el Artículo 98 menciona que dicha investigación se apegará a los lineamientos que establezca el comité de ética de la institución que aprueba la realización del estudio, así como a las normas establecidas por parte de las instituciones sede donde se llevará a cabo de igual modo en el capítulo I artículo 13 perteneció el criterio de respeto a la dignidad del ser humano, artículo 17 fracción I. Artículo 21, Fracción I, para que el consentimiento informado, sea considerado existente, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa sobre los objetivos de la investigación Fracción IV. Artículo 22 el consentimiento informado se formulará por escrito como lo indica la Fracción I, fue elaborado por los investigadores principales, señalando información necesaria e imprescindible, atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables Fracción II, tanto el proyecto como el consentimiento informado se revisará y aprobará por el Comité Académico de Posgrado que funge como el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Puebla. Fracción V.

### **2.7 Plan de análisis de la información:**

Para el análisis de los datos, el investigador utilizó el análisis de contenido para explorar los testimonios que surgieron de las entrevistas semiestructuradas, dicho análisis incluyó la codificación, se identificaron doce categorías y cuarenta y nueve subcategorías. Una vez identificando los códigos y los conceptos, se elaboraron códigos vivos que surgieron igualmente de los testimonios de las entrevistas semiestructuradas. Se consideraron cuestiones de rigor y confiabilidad basadas en lo descrito por Hernández-Sampieri (2018), realizó visitas domiciliarias a los pacientes que tenían un aviso previo para la aplicación de la entrevista semiestructurada

individual. En las transcripciones de los audios se eliminaron aquella información en la cual se lograba identificar a los participantes, por lo que se pudo mantener la confidencialidad y el anonimato durante el análisis. El análisis se llevó a cabo de manera inductiva a medida que se crearon las preguntas de la entrevista. Para finalizar el investigador elaboró un esquema en el que se identifican las variables de estudio de automanejo con cada uno de sus códigos: responsabilidad en salud, aceptación, cambios en los estilos de vida, rutinas, manejo alternativo, creencias en DT2, síntomas relacionados a la DT2; y la variable de salud familiar con los siguientes códigos: eventos familiares relacionados a la DT2, responsabilidad familiar, cuidados familiares, sentimientos y sensaciones relacionados a la DT2, cambio en los hábitos; relacionando el código autocontrol con el código de la salud familiar e identificar la relación que existe entre ambas variables de estudio.

### Capítulo III

#### Resultados

Los resultados aquí presentados son los obtenidos de las entrevistas iniciales en la muestra piloto, conformada de cuatro personas; las características sociodemográficas de la población fueron las siguientes: se entrevistaron a 4 personas con diagnóstico de DT2, la edad osciló entre 30 a 60 años de edad, el estado civil casados de los 4 entrevistados y mencionaron vivir con al menos 2 integrantes de su familia, el idioma que hablan las personas entrevistadas es náhuatl y español. Se aplicó una entrevista semiestructurada de 1 sesión a 2 pacientes del sexo femenino y 2 pacientes del sexo masculino, las sesiones tuvieron una duración de 10 a 15 minutos, el total de minutos grabados aproximadamente fue de 50 minutos. Para alcanzar el propósito planteado se transcribieron, analizaron y categorizaron las entrevistas aplicadas para realizar un análisis cualitativo. En el análisis cualitativo de conceptos relacionados al automanejo se identificaron 7 categorías y se dividieron en 34 conceptos respectivamente, las cuales se muestran a continuación.

*Tabla 1. Responsabilidades en salud*

Manejo de tratamiento	Cambios culturales	Empoderamiento de la enfermedad	Conocimiento de mis síntomas	Manejo de horarios	Sensación de bienestar
Tomo mi Metformina y mi glibenclamida	Dejo de comer lo que me hace daño	Si quiero sentirme bien, tengo que tomar mis medicamentos	Tomo mi tratamiento cuando siento que ya se me subió el azúcar	Me tomo mis medicamentos en la mañana y en la noche	Yo no siento que estoy enferma gracias a Dios
Me controlo porque tomo mis pastillas	Combino dieta y medicamentos	Tomo mis medicamentos porque eso me ayuda	Cuando tengo mucha sed y muchas ganas de orinar es porque ya la tengo arriba	La doctora me receto 3 pastillas diarias, una antes de cada comida	

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 2. Aceptación*

La DT2 en mi familia	La diabetes ya no se cura	Aceptan lo que tengo	Mi vida es normal	Azúcar alta	Evitar la muerte
Tarde o temprano me iba a dar la diabetes	Tengo que tomar mi tratamiento si quiero seguir viviendo	Solo me dicen que me cuide	Si quiero vivir o morir depende de mi	No sentí cuando me dijeron que tengo diabetes	Me tomo mis medicamentos para que no me muera

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 3. Cambios en el estilo de vida*

Cambio en la manera de comer	Cambio en la familia	Control de la azúcar	Cambios en la forma de cocinar
Ya no como pan ni tortilla	Mis hijos dejaron el refresco	Mi azúcar me la controlo no tomando café con azúcar	Antes cocinaba lo que creía más sabroso
Deje de tomar refresco	Ya no compran Pepsi de 2 litros		Consumo quelites hervidos y más verduras

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 4: Rutinas*

Día normal	Actividad física	Alimentación	Visitas familiares
Hago el quehacer de la casa	Voy al campo a recolectar leña	Le preparo el desayuno a mi hijo y luego desayuno yo.	Voy a visitar a mi familia para saber que están bien
		Hago la comida antes de que llegue de la escuela mi hijo	

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 5: Manejo alternativo*

Té de hierbas	Sustituto de medicamentos	Lo que dicen las personas	Uso de hierbas	Uso de licuados
A veces me dicen que me tome un té amargo, si he tomado una que otra vez.	Mi esposa me hace un té de amargo cuando ya no tengo pastillas.	Muchas personas me platican que debo de tomar tratamiento de hierbas y se controla.	Hace un año tome un té de hierbas, pero está muy amargo.	Me dijeron que tomara licuado de nopal, sábila, ajo y cebolla.
Me controlo con un licor de hierbas amargas.	A veces me siento mal con el medicamento, mi esposa me pone té amargo y me controlo.		Me siento muy bien con el té de hierbas.	El naturista me dijo que me tome una copita de té amargo y un jugo de cebolla.

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 6: Creencias de la diabetes tipo 2*

Por tomar dulce	La medicina hace daño	Es incurable	Por sustos o emociones	Por falta de ejercicio
Dicen que la gente se enferma de que toma mucho refresco o café muy dulce.	Me dicen que el medicamento me va hacer más mal y que me va a lastimar más.	La diabetes ya no se cura, solo se controla con pastillas.	Me dio diabetes por el susto que tuve de que me pegué con un fierro.	Dicen que se enferma uno de diabetes porque se está pasado de peso.
		Consume rápido porque baja rapidito de peso, ya no se cura. Ya se metió en la sangre y solo sinos cambian la sangre se cura.	La diabetes da por los corajes, los sustos y luego toma uno refresco.	

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 7. Síntomas relacionados a la diabetes tipo 2*

Ganas de orinar	Ganas de tomar agua	Cansado	Dolor
Ahora orino mucho en las noches y antes no me pasaba así.	Empecé a tener sed e iba a orinar mucho.	Se te va la fuerza y te da sueño.	Te duele la cabeza.

Fuente:

entrevista semiestructurada

En el análisis cualitativo relacionado a la salud familiar se encontraron 5 categorías y 15 conceptos que se muestran en las siguientes tablas.

*Tabla 1. Eventos familiares relacionados a la DT2*

Muerte por DT2	Emociones ante la enfermedad	Vida familiar	Ocupación familiar
Mi mamá se murió azúcar alto y mi papa también, mi hermano tiene el azúcar.	Dios mío, que me va a pasar, me asuste porque mis padres ya habían muerto del azúcar. Me preocupo y me da tristeza porque mi papa está enfermo	Mi mamá tenía esta misma enfermedad. Ella aún vivía cuando me diagnosticaron. Soy el primero en mi familia que le da este pinche (SIC) enfermedad.	Olvido tomar mi tratamiento porque a mi papa lo llevo al médico.

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 2. Responsabilidad familiar*

Responsabilidad con los hijos	Responsabilidad con los padres	Responsabilidad de la pareja
Yo desayuno después de que mi hijo Miguel se va a la secundaria, primero le preparo a él su desayuno	Estoy enferma de DT2 y cuido a mis padres porque están enfermos de lo mismo.	Mi esposa me recuerda que debo tomar mis pastillas.
La familia tiene que adaptarse a lo que come uno.	Mi esposo es quien me auxilia a mí y a mi familia	Tengo apoyo de mi esposo, hijos y familia.

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 3. Cuidados familiares*

Cuidados en azúcares	Cuidados en el tratamiento	Cuidados en alimentación
Me dicen que no tome refresco ni café con dulce.	Que vaya a la clínica por mi tratamiento y que me tome las pastillas.	Se adaptan a lo que yo cocino

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 4. Sentimientos y sensaciones relacionados con la DT2*

Sentimiento de tristeza	Veo la vida con miedo	Sensación de opresión y dolor
Se sienten tristes porque ya no es igual, comer tanta azúcar eso hace daño.	Vieron que mis padres murieron de eso y les entro el miedo.	Siento como si me clavaran un clavo en el lado izquierdo de mi cabeza.
Me sentí triste porque me dijeron que tenía diabetes.	Ver la vida con miedo de que les vaya a pesar lo mismo	Siento como piquetes en el pecho de que mi papá se puso mal.

Fuente: entrevista semiestructurada

*Tabla 5. Cambio en los hábitos*

Hora de los alimentos	Alimentación correcta
Ahora me alimento cuando me da hambre, porque si no, no aguantas.	Ya no me alimento de lo que me gusta, me alimento de lo que me hace bien.
	Como familia dejamos de tomar cosas que son dulces.

Fuente: entrevistas semiestructuradas



## Referencias

Federación Internacional de Diabetes (2019). Atlas de la diabetes de la FID. Recuperado de

[https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf#page=130&zoom=auto](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf#page=130&zoom=auto)

Organización mundial de la salud (2020). Diabetes: panorama general. Recuperado de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización mundial de la salud (2020). Principales causas de muerte y discapacidad en el

mundo 2000-2019. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

Organización Panamericana de la salud (2019). Día mundial de la diabetes 2019: La familia y la diabetes. Recuperado de

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14780:world-diabetes-day-2018-diabetes-concerns-every-family&Itemid=1969&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14780:world-diabetes-day-2018-diabetes-concerns-every-family&Itemid=1969&lang=es)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Defunciones por diabetes mellitus por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad\\_Mortalidad\\_04\\_aa50eec5-79fe-45a7-aee2-a2d7ec0feeba](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_04_aa50eec5-79fe-45a7-aee2-a2d7ec0feeba)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Presentación de resultados. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).

Boletín epidemiológico: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2021). Recuperado de:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/663465/sem32.pdf>

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/526259/sem02.pdf>

<https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-231750>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Presentación de resultados: Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020\\_Principales\\_resultados\\_ejecutiva\\_EUM.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_ejecutiva_EUM.pdf)

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020\\_pres\\_res\\_ver.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_ver.pdf)

Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz (2016). Perfil social y económico de la población indígena de Veracruz. Recuperado de <http://ceieg.veracruz.gob.mx/wp-content/uploads/sites/21/2019/05/Perfil-indigena-Veracruz.pdf>

García-Piña., Cardoso-Gómez., Serrano-Sánchez y Ostiguín-Meléndez (2015). Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahuatl. Cultura de los

cuidados,19(41): 34-43. Recuperado de

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46611/1/Cultura-Cuidados\\_41\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46611/1/Cultura-Cuidados_41_06.pdf)

Bonal-Ruiz., López-Vásquez., Meoño-Martin., Walter- Brañas y Coelho (2017). Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud de América Latina, *Finlay*7(4): 268-277. Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400006)

Natera-Gutiérrez., Guerrero-Castañeda., Ledesma-Delgado y Ojeda-Vargas (2017).

Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: Un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de los cuidados*. 21(49). Recuperado de:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72942/1/CultCuid\\_49\\_21.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72942/1/CultCuid_49_21.pdf)

Rodríguez-Santamaria., Gallegos-Cabriales., Gutiérrez-Valverde y Alarcón Luna (2017). Teoría de automanejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Journal Health* ; 2(2):444-456. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053100/2155-8875-4-pb.pdf>

Mendoza-Catalán., Chaparro-Díaz., Gallegos-Cabriales y Carreño-Moreno (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*:15(1) 90-102 Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358757746009>

Pereira., Peñaranda., Pereira., Pereira y Mijangos (2019). Ejercicio físico de alta intensidad como método de tratamiento para mejorar los niveles glucémicos en el paciente diabético.

Revista colombiana de endocrinología, diabetes y metabolismo. 6(4): 277-289.

Recuperado de <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/issue/view/49/V6N4>

- Poblete-Aro., Russell-Guzmán., Parra, Soto-Muñoz., Villegas-González., Cofré-Bolados., Herrera-Valenzuela (2018). Efecto del ejercicio físico sobre marcadores de estrés oxidativo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. med; 146: 362-372. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0362.pdf>
- Eroza-Solana., Álvarez-Gordillo y Acero-Vidal (2019). Experiencias y prácticas en la alimentación de personas que padecen diabetes en la frontera sur de Chiapas, México. RLEEI; 3(2): 74-89. Recuperado de <https://zenodo.org/record/2658669#.YY1YrmDMLIU>
- Leiva., Martínez., Petermann., Garrido-Méndez., Poblete-Valderrama., Díaz-Martínez y Celis-Morales (2018). Factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en Chile. Nutrición Hospitalaria. 35(2):400-407. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000200400](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200400)
- Hermeza-Arámulo, Matellini-Mosca, Rosales-Rojas y Noriega-Ruiz (2017). Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. Rev. Med. Hered;28(3):150-156. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n3/a03v28n3.pdf>
- Ventura-Carmona., Ruiz-Muelle y López-Rodríguez (2019). Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. Therapeía: 11: 17-43. Recuperado de <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/107/1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Forero., Hernández., Rodríguez., Romero., Morales y Ramírez (2018). La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*, 38(3): 355-362. Recuperado de

<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3816/4087>

Romero., Parra., Sánchez y Rojas (2017). Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Salud UIS*, 49(1): 37-44.

Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-08072017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Ramos-Rangel., Morejón-Suárez. Gómez-Valdivia., Reina-Suárez., Rangel-Díaz y Cabrera-Macías (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Finlay*. 7(2): 89-98. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/finlay/2017/finlay72d.pdf>

Descriptores en Ciencias de la Salud (2021). *Salud familiar*. Recuperado de

<http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Mendoza-Catalán., Juárez-Medina., Pimentel-Jaimes., Higuera-Sainz y Gutiérrez-Valverde (2017). Barreras socioculturales en el manejo de la diabetes en hombres de origen mexicano: revisión sistemática. *Nure inv.* 14(91): 1-10. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279754>

García- Morales., Rodríguez-Pascual y Garibo-Polanco (2018). Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de

- Acapulco, Guerrero, México. *Aten fam.* 25(1): 27-31. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af181g.pdf>
- Garrido y Álvaro (2007). El Interaccionismo Simbólico. *Rev. e-UAEM: espacio de formación multimodal.* 2 (1). 122-128. Recuperado de [http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2981/6\\_OP%20%23694\\_George%20Herbert%20Mead-%20El%20interaccionismo%20simbo%CC%81lico%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2981/6_OP%20%23694_George%20Herbert%20Mead-%20El%20interaccionismo%20simbo%CC%81lico%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pons-Diez (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *Rev. Psicología y educación.* 9(1). 23-41. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>
- Grove, S., Gray, J., y Burns, N. (2015). *Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.* P.66. 6 ed. España: Elsevier.
- Polit, D., y Beck, C. (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería.* P. 41, 9 ed. España: Wolters Kluwer.
- Müller-Wieland (2018). Type 2 Diabetes in Older Adults: Example for Patient-Centered Drug Therapy. *Dtsch Med Wochenschr;* 143(04): 253-261. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29471574/>
- Gutiérrez-Gómez., Peñarrieta-de Córdoba y León-Hernández (2017). Automanejo en la enfermedad crónica: perspectivas y tendencias para el cuidado. *Impulso tecnológico;* 16(40). Recuperado de <http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo-en-la-enfermedad-cronica-perspectivas-y-tendencias-para-el-cuidado..pdf>

- León-Hernández., Peñarrieta -de Córdoba., Gutierrez-Gomez., Banda-González., Flores-Barrios y Rivera (2019). Predicciones del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería universitaria*; 16(12), 128-137. Recuperado de <http://reddeautomanejo.com/articulos-cientificos-de-automanejo.html>
- Dao., Spooner., Lo y Harris (2019). Factores que influyen en la autogestión en pacientes con diabetes tipo 2 en la práctica general: un estudio cualitativo. *Rev. Prim Health*; 25(2): 176-184. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30890241/>
- Natera-Gutiérrez., Guerrero-Castañeda., Ledesma-Delgado y Ma. Guadalupe Ojeda-Vargas (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de los cuidados*. 21(49). 190-199. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72942/1/CultCuid\\_49\\_21.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72942/1/CultCuid_49_21.pdf)
- Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-25162019000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008)
- Diario Oficial de la Federación (2013). Norma oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Recuperado de <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5284148>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza-Torres, C.P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGrawHill.

