



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

Vivencias de padecientes de diabetes tipo 2 que laboran en el  
mercado San Miguel Topilejo, Tlalpan.

# TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

Administración del Cuidado de Enfermería.

PRESENTA:

**Yazmin Villarreal Espinosa**

Tutor: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez  
FESZ-UNAM

Cotutora: Mtra. Eunice Victoria García Piña  
ENEO-UNAM

Ciudad de México, abril de 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **11 de abril del 2019**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **Yazmín Villarreal Espinosa** número de cuenta **515005215**, con la tesis titulada:

**“VIVENCIAS DE PADECIENTES DE DIABETES TIPO 2 QUE LABORAN EN EL MERCADO SAN MIGUEL TOPILEJO, TLALPAN.”**

bajo la dirección de la Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez

Presidente : Doctora Gandhi Ponce Gómez  
Vocal : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez  
Secretario : Doctora Ana María Lara Barrón  
Suplente : Doctora Liliana González Juárez  
Suplente : Maestra Eunice Victoria García Piña

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
Cdad. Universitaria Cd, Mx, a 6 de mayo del 2019.

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

---

La presente tesis se realizó en el marco del proyecto *Caracterización de factores protectores: creencias sobre la enfermedad y la vida, patrones de comportamiento y estados emocionales de adultos mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 controlada* (clave: UNAM-DGAPA-PAPIIT IN4053I9).

## **Agradecimientos**

A Dios por darme la oportunidad de vivir.

A la vida por la gran experiencia de ser mujer.

A mi Madre: Angelina Espinosa Fuentes, por darme el ejemplo de lucha incansable, porque desde el inicio de mi educación, depositaste tus esperanzas en mí y hoy puedo decirte, que todos tus sacrificios han valido la pena. Gracias por apoyar cada una de mis metas y por ser mi amiga incondicional.

A mi Padre: Juan Villarreal Fuentes, por todas tus bendiciones y porque sin saberlo, tú has impulsado cada una de mis metas.

A mi Hija: Ana Jetzabeth Jerónimo Villarreal, por darme la felicidad de ser mamá, por iluminar cada uno de mis días y por haberme permitido robarte a tú mami, para continuar mi desarrollo profesional.

A ti: Felipe Jerónimo Cruz, porque con cada riña incrementaste mi fuerza para no abandonar mis objetivos y aunque jamás comprendiste mis metas, te agradezco tu apoyo.

Al resto de mi familia por estar presentes en todo momento de mi vida.

A mi gran amigo: José Antonio Alarcón Mayagua, porque en siempre me has apoyado y tus consejos, me han permitido ver con claridad las múltiples soluciones.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Maestría en Enfermería, por darme la oportunidad de ser parte de la 17ª generación.

Al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez por su alto grado de humanismo en el ámbito profesional, por sus lecciones que guiaron mi reflexión a una mirada cualitativa no solo en el campo de la enfermería, sino a una forma de vida.

A la Mtra. Eunice Victoria García Piña por compartir sus conocimientos y experiencias profesionales.

A la Mtra. Rosa Ma. Ostiguin Meléndez por sus contribuciones en la presente tesis.

A cada uno de los docentes que han forjado mi crecimiento profesional.

A la enfermería por darme la dicha de ser orgullosamente una enfermera y por todas las bondades y satisfacciones que me regala día a día.

A los participantes de la presente tesis por compartir sus vivencias que han alimentado el desarrollo científico de enfermería.

## Índice

Introducción.....	8
Capítulo I: Planteamiento del problema .....	10
1.1 Importancia del estudio .....	12
1.2 Propósito de investigación .....	14
Capítulo II: Revisión de la literatura.....	16
Capítulo III: Objetivos y pregunta de investigación.....	21
Capítulo IV: Marco teórico .....	22
La fenomenología de Edmund Husserl como ciencia de las esencias del conocimiento .....	22
Capítulo V: Marco conceptual .....	28
Las vivencias como elemento esencial en el campo fenomenológico eidético .....	28
Padeciente versus paciente como una mirada nueva del “Ser” dentro del campo de la salud.....	34
Capítulo VI: Metodología.....	38
6.1 Tipo de estudio.....	38
6.2 Diseño .....	38
6.3 Participantes .....	38
6.3.1 Descripción de los informantes .....	38
6.4 Técnica de recolección de información .....	50
6.5 Rigor metodológico .....	51
6.6 Estrategia de análisis de la información.....	52
6.7 Temporalización.....	53

6.8 Consideraciones éticas del estudio.....	54
Capítulo VII: Contexto donde se realizó el estudio.....	55
Capítulo VIII: Hallazgos y discusión .....	62
Capítulo IX: Conclusiones .....	78
9.1 Aportaciones a la disciplina.....	81
9.2 Aportaciones a la práctica .....	81
9.3 Aportaciones a la investigación.....	82
Capítulo X: Limitaciones del estudio .....	83
10.1 Conflicto de intereses.....	83
Bibliografía	
Anexos	



## Introducción

En la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes tipo 2 son causa importante de morbimortalidad en el mundo, representando altos costos económicos en su atención, múltiples han sido las investigaciones de carácter cuantitativo desarrolladas para conocer las causas de descontrol y desapego terapéutico por parte de los pacientes con esta afectación, sin embargo aún existe una gran brecha en el conocimiento sobre lo que ha generado el crecimiento desmedido de dicho problema de salud mundial.

La Secretaría de Salud ha implementado dentro de sus establecimientos, múltiples programas para los pacientes, como respuesta ante la magnitud de este fenómeno; sin embargo, este concepto biomédico, en el cual los servidores sanitarios otorgan atención en salud y los pacientes la reciben de forma pacífica, no ha logrado resultados fortuitos, pues se ha olvidado que el paciente en la actualidad busca ser un ente activo en su salud.

De esta forma padeciente es una concepción distinta que se ha adoptado, para hacer referencia a la persona que siente y vive la enfermedad desde una cosmovisión propia, pues solo ella es quien la padece en un contexto particular, por lo cual sugerimos su incursión al campo biomédico.

En el presente trabajo se abordó al padeciente de diabetes desde una mirada fenomenológica bajo las aportaciones de Edmund Husserl, siendo fundamental girar la mirada a quienes la vivencian día a día en escenarios particulares, tal es el caso de las personas que laboran en el mercado San Miguel Topilejo ubicado en la alcaldía Tlalpan, ya que este escenario es donde los padecientes pasan la mayor parte del día, lo cual implica padecerla de forma diferente al discurso médico.

Las vivencias de padecientes de diabetes mellitus tipo 2, se construyen a partir de tres horizontes de contenido dadas en la intencionalidad de la vivencia:

- El antes identificado en la categoría 1: las primeras percepciones al inicio del padecer.
- El ahora revelado en la categoría 2: viviendo el padecer en la cotidianidad.
- El después reflejado en la categoría 3: el precio de la vida tras padecer diabetes.

Estos tres momentos en su conjunto configuran en la conciencia la percepción de los Servicios de Salud, como una barrera para la atención, mostrada en la categoría 4. En cada categoría se presentan las subcategorías correspondientes, así mismo se desarrolló un esquema de categorización, en el cual se ilustra la configuración de las vivencias del padeciente.

El presente trabajo muestra como las vivencias de los padecientes, evidencian la necesidad de incorporar distintas formas de abordar la salud de la población, las cuales permitan considerar la participación de la persona en la planeación de estrategias terapéuticas, así como, se requiere que la enfermería profesional incursione en el trabajo comunitario directo, dinámico y participativo como líder en el cuidado de la salud.

## **Capítulo I: Planteamiento del problema**

La diabetes mellitus (DM) se ha convertido en un problema de salud pública cuyo crecimiento ha sido descontrolado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que 422 millones de adultos la tenían en todo el mundo en el año 2014<sup>1</sup>.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2017 reportó a 425 millones de adultos con esta afectación, por lo que 1 de cada 11 adultos vive con diabetes y se estima que alcanzará los 629 millones para el año 2045<sup>2</sup>.

La Federación Mexicana de Diabetes A.C. mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), reportó que 4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes en el 2012. México ocupó el 6º lugar mundial con 98 mil 450 personas con diabetes en 2015<sup>3</sup>; cada 6 segundos una persona muere a causa de la diabetes, siendo la segunda causa de muerte en 2016 con 105 mil 574 defunciones<sup>4</sup>.

La OMS estima que dentro de las complicaciones atribuibles a la diabetes, el 80% de los casos presenta insuficiencia renal, el 50% neuropatía y en un 35% de las personas se desarrolla retinopatía. Para las enfermedades cardiovasculares la frecuencia suele ser de dos a tres veces más alta que en los adultos que no tienen diabetes, así mismo la frecuencia de amputación suele ser de 10 a 20 veces más alta y el riesgo de muerte es dos veces mayor que en el resto de la población. Lo que representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año para su atención<sup>5</sup>.

Se estableció el Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas 2013-2029, con el objeto de reducir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas la diabetes<sup>6</sup>.

En México el Sistema de Salud dispone de la NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus<sup>7</sup> y la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención<sup>8</sup>, como principales referentes en la atención de dicho padecimiento, de tal forma que se han implementado programas, integrados de salud como PREVENIMSS y PrevenISSSTE, los cuales enfatizan sus labores en servicios preventivos para ejecutar acciones específicas en la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud, con la finalidad de prevenir y controlar las complicaciones de dicha enfermedad<sup>9</sup>.

De manera general los propósitos de cada programa se centran en la modificación de los hábitos alimenticios, la realización de ejercicio físico, la detección de enfermedades, destacando la diabetes.

Sin embargo, los esfuerzos realizados no han generado frutos, dado que desde la década de los 80's el INEGI<sup>10</sup> reporta un crecimiento en la mortalidad atribuible a la diabetes, pasando de 14 626 defunciones a 105 574 para el año 2016, ubicándola como la segunda causa de mortalidad para ese año<sup>11</sup>.

Es importante destacar que el control de la diabetes no solo implica la entrega de un plan terapéutico a la persona o indicarle las medidas que debe seguir paso a paso para mantener su bienestar. Un contexto laboral puede influir de forma positiva o negativa, jugando un papel primordial en el seguimiento de las medidas terapéuticas, por lo cual el presente estudio se realizó en el mercado San Miguel, dado que la persona con DT2 trabaja entre 10 y 12 horas al día, convirtiéndose en el primer escenario donde se vivencia el padecimiento de forma cotidiana.

En este sentido Domínguez<sup>12</sup> resalta la importancia de observar la vida cotidiana de las personas que viven con diabetes y comprender en sus propios términos el valor asignado a la enfermedad, esto habilita la interpretación y la comprensión de cómo este fenómeno es articulado en otras dimensiones vitales usualmente no contempladas o subvaloradas en una consulta médica.

## 1.1 Importancia del estudio

Se podría continuar citando las impactantes cifras que este problema mundial genera; sin embargo, los números no reflejan las múltiples realidades que las personas viven tras padecer diabetes. Se habla de millones de personas que comparten un padecimiento, de las cuales cada una la vive de forma particular debido a que su vida transcurre en diversas condiciones y contextos, las cuales en su mayoría, no son consideradas en una consulta médica, dado que en dicho sistema, solo existe una vía de comunicación médico-paciente, donde la máxima autoridad es el médico y la persona solo funge como receptor, por lo cual las aportaciones para su tratamiento no son consideradas, pues su papel implica seguir una indicación.

La diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica degenerativa que se convierte en el principal factor de riesgo para la iniciación de complicaciones multiorgánicas en las personas que la padecen, de tal forma que se requiere de estrategias que mantengan un adecuado control en los niveles de glucosa en sangre, minimizando así los daños.

Dado que dicho problema de salud pública muestra una trayectoria ascendente con gran incidencia en personas en edad productiva y múltiples modificaciones en la calidad de vida de las personas, es importante disminuir los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones, ya que representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas que la padecen<sup>13</sup>.

Por tanto, el principal punto de partida considerado en el presente trabajo de tesis ha sido conocer y exponer la vivencia de padecientes de DT2, así como su contexto laboral, ya que la Ley General de Trabajo en el capítulo II, Art. 61<sup>14</sup>, establece que una jornada laboral debe ser de 8 horas diarias, la mayoría de las personas que laboran en el mercado San Miguel ubicado en el poblado de Topilejo en la alcaldía Tlalpan, realizan sus labores dentro de una jornada de entre 10 y 12 o más horas al día, los 7 días a la semana.

Dichas condiciones implican que gran parte de la vida del padeciente de diabetes se desarrolle dentro de un contexto laboral, en el cual las situaciones del entorno dificultan el cumplimiento de la triada terapéutica<sup>8</sup>; que implica cambios en los estilos de alimentación, un plan de ejercicio físico rutinario y el cumplimiento del tratamiento farmacológico, para el control de la enfermedad, acciones que en la mayoría de los casos no se realizan, dado que se otorga mayor énfasis a la situación económica en relación al comercio y se pospone el cuidado de la salud.

Es así, como en múltiples casos, las recomendaciones dieto terapéuticas realizadas dentro de un consultorio en las instituciones de salud, se convierten en una realidad inalcanzable para las personas no solo del mercado San Miguel, ya que:

1. La indicación médica recomienda establecer horarios determinados en el consumo de alimentos, para mantener un ajuste metabólico, que implica la realización de tres comidas fuertes y dos colaciones, distribuidos a lo largo de todo el día<sup>15</sup>, situación que los comerciantes no pueden realizar dadas sus actividades laborales.
2. La norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus<sup>7</sup>, recomienda limitar y disminuir el consumo de alimentos de alto contenido energético como quesadillas, tortas, tacos. Se sugiere una preferencia a los alimentos basados en verduras, la mayor oferta de alimentos que se preparan, venden y consumen en el mercado por tradición cultural y consumo popular no cumplen con dichas recomendaciones.
3. Así mismo, los comerciantes que padecen diabetes relacionan las actividades propias del comercio como ejercicio, porque creen que sus actividades del trabajo implican un esfuerzo físico que equivale y sustituye al ejercicio físico recomendado en la NOM-015-SSA2-2010<sup>7</sup>.
4. Durante una jornada laboral dentro del mercado San Miguel, se invierten más de 12 horas diarias, incluso en algunos días el trabajo para los comerciantes inicia desde las 04:00 hrs., hasta alrededor de las 19:30 hrs., generando que el propio trabajo consuma la mayor cantidad del tiempo de la

persona, para lo cual el ejercicio físico queda fuera de las actividades diarias de las personas.

Dado que el objeto de estudio de enfermería es el cuidado, es necesario que el gremio incursione en una visión integral del padeciente de diabetes considerando su entorno cotidiano, ya que en la actualidad, la atención se desarrolla solo en un ambiente clínico dentro de las instituciones sanitarias, sin embargo para poder conocer y describir desde una visión diferente, el crecimiento acelerado de las estadísticas de dicho fenómeno es necesario que los profesionales establezcan un acercamiento al mundo cotidiano de quien vive día a día el padecimiento.

Por tanto se consideró de gran relevancia el desarrollo del presente trabajo, desde una perspectiva cualitativa ya que ha permitido conocer las vivencias de padecientes de DT2 y describir el contexto laboral del mercado San Miguel, mostrando uno de los múltiples escenarios donde el padeciente deja de ser un número estadístico y vive el padecer en su cotidianidad.

## **1.2 Propósito de investigación**

El hogar, la escuela y el lugar de trabajo son los escenarios donde una persona pasa el mayor tiempo de su vida, todas las vivencias adquiridas a lo largo de su desarrollo humano se encuentran condicionadas por los factores generados en este tránsito.

Existen múltiples investigaciones sobre aquellos factores causales del descontrol glucémico en los pacientes, los cuales derivan en el incumplimiento de la persona en los tratamientos establecidos, siendo necesario un acercamiento personal y directo en el estudio de la salud del padeciente de diabetes, que permita conocer y comprender la realidad de quien la vive, con el propósito de contribuir con datos cualitativos, que permitan ser punto de referencia en la planeación de estrategias en materia de salud pública.

La persona que padece una enfermedad en ocasiones experimenta un sinnúmero de emociones como; enojo, malestar, tristeza, ansiedad, peligro, incertidumbre e impotencia al verse obligados a modificar de forma súbita sus proyectos de vida y enfrentar el reto de adaptación de un tratamiento impuesto por el sistema de salud.

La manera en que cada individuo percibe la salud y la enfermedad es variada y compleja, viven estas experiencias de manera diferente en un contexto particular<sup>16</sup>, de tal forma que ha sido necesario conocer y describir las vivencias de padecientes de DT2, que laboran de manera cotidiana en el mercado San Miguel, obteniendo un nuevo conocimiento sobre las condiciones del curso de la vida de cada padeciente, con la finalidad de exponer uno de los diversos escenarios que forma parte de las múltiples realidades de dicho fenómeno.

Siendo la diabetes mellitus uno de los problemas de salud prioritario de atención médica, ha sido necesario girar la mirada no solo al curso de la enfermedad, si no a las personas que día a día la padecen, la sienten y la afrontan como parte de sí mismos dentro de su contexto, con la finalidad de brindar a la enfermería otra perspectivas de conocimiento, que le permita brindar un cuidado holístico al padeciente.

Se pretende reconocer al padeciente de DT2 como el único portavoz de su realidad, pues son sus vivencias las que determinan su presente y futuro, por lo que fue considerado de gran importancia continuar con la presente línea de investigación cualitativa, para tener un acercamiento distinto y alternativo de lo que comprende ser una persona que vive el padecimiento dentro de un escenario particular, como lo es en este caso, el mercado San Miguel.



## Capítulo II: Revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizó a través de una estrategia de búsqueda, en donde se identificaron los términos vivencias, padecientes, diabetes mellitus tipo 2, y empleo como palabras clave. Ver anexo 1.

Dentro de los hallazgos obtenidos a partir de la revisión de la literatura, se encontraron diversos autores que resaltan la importancia de las vivencias cotidianas del ser humano dentro de su contexto, como un acercamiento al curso de las múltiples realidades permitiendo dar seguimiento al comportamiento de los fenómenos en salud.

Es así como Restrepo citado por Amaya<sup>17</sup> menciona que en la vivencia se da sentido a las acciones de la vida, considera que para el individuo es el espacio de aprendizaje de su condición de ser humano, pues menciona que es en el ámbito de socialización, donde se interiorizan las acciones humanas que le permite relacionarse con los demás, es decir, que en las vivencias se fundamentan las acciones de la persona.

En este sentido, Amaya<sup>17</sup> menciona dentro de las conclusiones de su estudio, que las vivencias son el medio por el cual las personas aprenden a convivir con la DT2, así como Domínguez<sup>18</sup>, quien menciona que para reconocer la diabetes como un padecimiento, se requiere partir de explorar cómo es que las personas la viven.

Por su parte Cruz-Bello *et al*<sup>19</sup>, resaltan que el mejor método para identificar los factores de riesgo de complicaciones por el inadecuado control terapéutico que tiene la persona con DT2, es la observación directa de las conductas de la vida cotidiana, así como de las acciones que asume el individuo ante la enfermedad, lo cual permite al equipo de salud proponer estrategias de prevención orientadas a modificar

creencias, actitudes y comportamientos para mejorar la salud individual, familiar y colectiva.

Silva de Faria<sup>20</sup> destaca la importancia del uso de un abordaje comprensivo en el entendimiento de lo cotidiano, como un gran escenario para quien vivencia la experiencia de enfermarse y de buscar cuidados, por lo que mencionan que el modo como cada persona la vivencia es única e individual, siendo imposible construir prácticas profesionales de cuidado sin considerar la situación cotidiana de vida y salud de la persona.

Hernández *et al*<sup>21</sup>, realizaron un meta estudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos que padecen enfermedades crónicas, destacando en sus resultados como es que el padecimiento en primera persona hace referencia a la experiencia cultural, interpersonal y personal de la enfermedad; citando a investigadores como Peterson, Amezcua, Siles y Hueso *et al*, como reconocedores de la importancia de comprender los aspectos inherentes a la subjetividad de la enfermedad desde la perspectiva de los sujetos.

Por lo anterior, resaltan la importancia de indagar sobre los padecimientos crónicos en el cotidiano de los adultos mayores, permitiendo explorar la complejidad de la enfermedad desde una triple dimensión: el plano de las molestias físicas o sintomáticas, el plano de las interpretaciones o significados de la persona que lo está viviendo y las interpretaciones y significados asociados a la enfermedad que son vividos como una experiencia socialmente constituida.

Conocer las experiencias, sentimientos y la forma de llevar a cabo el proceso de adaptación en la persona con DT2 y su familia, permite comprender el desempeño del rol en cada uno, ante la enfermedad y establecer mecanismos que mejoren la habilidad de cuidado y el estado de salud<sup>22</sup>.

El padeciente vivencia su diabetes dentro de diversos contextos particulares, como lo es el hogar o el lugar de trabajo, este último puede influir desde el sentir de la persona de forma positiva o negativa, al respecto García *et al*<sup>23</sup>, mencionan que existen condiciones, horarios y contenidos del propio trabajo que pueden constituir,

desde un factor de riesgo hasta una limitación laboral para la persona con diabetes, además de esto, también pueden contribuir al mal control metabólico, generando afectaciones físicas, psico-emocionales y económicas del enfermo y la familia. Las principales dificultades reportadas en el estudio fueron las limitaciones para cumplir con los requerimientos alimentarios, la prolongación de la jornada laboral y el incremento del esfuerzo físico para desempeñar sus actividades.

En el estudio realizado por Azzollini *et al*<sup>24</sup>, se menciona que algunos de los problemas en el control de la diabetes se relacionan con que ciertas tareas de autocuidado deben realizarse incluso dentro de los horarios laborales, destacando en sus resultados que las personas que refieren no tener posibilidades de ir al médico durante el horario de trabajo presentan menor adhesión a la dieta a diferencia de quienes perciben mayores facilidades para poder hacerlo.

Guillen-Cadena<sup>25</sup> menciona que las actividades sociales normales que incluyen el papel que desempeña y las vivencias que tiene a nivel social, familiar y laboral de la persona con diabetes se ven alteradas por diversos factores como limitaciones funcionales debidas al dolor o fatiga, el miedo de la persona enferma a ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, resaltando la gran importancia de indagar en los aspectos socioculturales relacionados con la diabetes a partir de la visión subjetiva de quien padece esta enfermedad.

De este modo la diabetes interactúa con una serie de estados emocionales y vive dentro de múltiples fronteras culturales y sociales. Las personas con diabetes son quienes tienen el poder de controlar su afección y no los proveedores sanitarios ni los miembros de la familia. No se trata, de estadísticas sobre cuántos enfermos han sido atendidos o de los costos de la atención; de lo que se trata es de conocer por qué falla la parte asistencial y adaptarse lo mejor posible a las necesidades y al código cultural de los pacientes y de su familia<sup>26</sup>.

Por su parte González *et al*<sup>27</sup>, mencionan que el apego al tratamiento médico-farmacológico y el cuidado mismo de la salud, pasan por una serie de filtros culturales, económicos y sociales que usualmente son ignorados por la imposición

de una mirada hegemónica de la medicina, por lo cual esto se relaciona con el fracaso de políticas en salud que reclaman grandes cantidades de recursos económicos pero que carecen de impacto entre la población.

En el estudio realizado por Teston *et al*<sup>28</sup>, enfatizan que en el contexto personal, los pacientes con diabetes señalaron a la familia y el ambiente de trabajo como factores que influyen negativamente en la adopción de medidas de autocuidado relacionadas con la enfermedad.

Así mismo, mencionan que el desempeño de las estrategias en salud, desde la organización del servicio médico, no prioriza el seguimiento del paciente, por lo que la asistencia que se otorga en las consultas médicas no programadas se reduce a actividades de entrega de medicamentos, por lo que es indispensable que las enfermeras conozcan a los usuarios del servicio, para favorecer su compromiso con el tratamiento, adaptándolos a las condiciones particulares de la vida.

En sus conclusiones destacan la importancia de que el personal de enfermería planifique el cuidado del paciente desde una manera sensible, comprensiva y solidaria, que permita a los individuos reconocer su papel como protagonistas en relación con su salud y enfermedad, dejando a un lado la forma tradicional de transmitir la información, ya que este modelo de intervención ha demostrado ser ineficaz.

En relación a lo anterior mencionan que los profesionales de enfermería deben considerar las creencias, preferencias y la etapa de motivación del paciente, para hacer cambios conductuales en la salud, por lo tanto, las acciones de autocuidado planificadas entre la enfermera y el paciente, serán sustentadas en la condición real de hacer frente a la enfermedad que afecta al individuo.

En el estudio realizado por López-Ramón *et al*<sup>6</sup>, menciona que las perspectivas de los pacientes muestra la necesidad de que sean atendidos y entendidos como personas y no como enfermos. En sus resultados destacan que las personas consideran que el hecho de no ser escuchados y mucho menos comprendidos, así como la dificultad que enfrentan para poder integrar su vida con su enfermedad, el

sentimiento de abandono y lo indefensos que se encuentran ante el contexto, son barreras y razones suficientes para comprender mejor porque no logran manejar su enfermedad, como debieran hacerlo.

Por mucho tiempo el modelo de atención biomédico ha desarrollado un papel hegemónico, caracterizado por un manejo autoritario sobre el paciente, al respecto Cardoso, Zarco, Aburto y Rodríguez<sup>16</sup>, ofrecen una concepción novedosa de atención a la salud de las personas que padecen una enfermedad crónica, siendo el padeciente parte de una realidad actual, por lo cual se considera que es aquella persona quien por tiempo prolongado vivencia un padecimiento cuyas repercusiones físicas, psicológicas y sociales son inherentes a la enfermedad, de tal forma que cada persona tiene una forma peculiar de sentirla de acuerdo a su condición social, cultural y económica.

En la actualidad el padeciente exhorta a los servidores sanitarios, a incluirlo de forma activa en los modelos de atención, dejando de ser objeto del mismo, pues requiere que sus vivencias sean consideradas en la planeación de estrategias terapéuticas.

Es así como se coincide con otros autores en la importancia de retomar investigación cualitativa para el estudio de las vivencias de padecientes de diabetes mellitus, pues para ello es necesario ir a las cosas mismas de como las vive la persona y conocer las implicaciones de dicho fenómeno.

## **Capítulo III: Objetivos y pregunta de investigación**

### **Objetivos:**

- Describir el contexto particular de las personas que vivencian la diabetes en su lugar de trabajo.
- Describir las vivencias de las personas que laboran en el mercado San Miguel Topilejo, Tlalpan que padecen diabetes mellitus tipo 2.
- Presentar información que contribuya al análisis y reflexión del concepto padeciente para promover su aceptación en el campo biomédico.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo son las vivencias de padecientes de diabetes mellitus tipo 2 que laboran en el mercado San Miguel durante su jornada laboral?

## **Capítulo IV: Marco teórico**

### **La fenomenología de Edmund Husserl como ciencia de las esencias del conocimiento**

La fenomenología tiene sus orígenes en la palabra griega “fenomenon” que significa mostrarse a sí misma, poner a la luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo<sup>29</sup>. Representa un movimiento filosófico del siglo XX que describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teorías, deducciones o suposiciones procedentes de otras disciplinas. El fundador de este movimiento fue el filósofo Edmund Husserl<sup>30</sup>.

Pone en cuestión todo conocimiento, no se niega el conocimiento ni se le declara cosa dudosa, simplemente se cuestionan ciertas atribuciones de certeza, pero la existencia del conocimiento de la vivencia, es indudable mientras se vive y se reflexiona simplemente sobre ella; el aprehender y hacer intuitivos directos son ya un conocer, que se convierten en datos absolutos<sup>31</sup>. En la vivencia cognoscitiva, como el ser real que es, o en la conciencia del yo al que pertenece la vivencia, se encuentra el objeto de conocimiento<sup>32</sup>.

Permite un acercamiento a la esencia individual, es el método sobre la crítica del conocimiento, dado que es considerada como la doctrina universal de las esencias, dando lugar a la ciencia de las esencias del conocimiento.

Los fenómenos con los que trabaja la fenomenología psicológica son sucesos reales, que en cuanto tienen existencia real, se insertan con los sujetos reales a quienes pertenecen dentro del orden del mundo. En contraste con esto, la fenomenología trascendental no como una ciencia de hechos, sino como una ciencia de esencias (ciencia eidética); como una ciencia que quiere llegar exclusivamente a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto, hechos. La

reducción fenomenológica eidética correspondiente a conducir al fenómeno psicológico a la pura esencia, o bien, desde el pensamiento que se sustenta en juicios, desde la universalidad fáctica o empírica hasta la universalidad esencial, se denomina reducción eidética o ciencia de fenómenos trascendentalmente reducidos, denominada fenomenología ciencia de esencias<sup>33</sup>.

La fenomenología hace posible el regreso a la conciencia, mostrando como se constituyen los objetos, en el sentido mismo en el que el objeto aparece, es decir que el conocimiento esta dado como un hecho de la naturaleza, es vivencia de quien conoce.

Dichas vivencias, así como el recuerdo y las expectativas de sí mismo y todos los actos intelectuales edificados sobre ellos, permiten llegar al acto de la existencia real del establecimiento de las verdades del conocimiento de todo ser, por lo tanto todo conocimiento por esencia es conocimiento de un objeto, en todas sus formas son una vivencia psíquica dada a la conciencia del sujeto, a él se muestran los objetos a través de su percepción<sup>34</sup>. Es así como la fenomenología se ocupa de la conciencia, de todas las formas de vivencias, es decir de actos y correlatos de los actos, para aprender a ver, distinguir y describir lo que está adelante de los ojos de quien los vive.

Es decir, si una persona dirige la mirada como hombre que piensa en la actitud natural, a la percepción que está viviendo, la apercibe al mismo instante y casi inevitablemente en relación a su yo, está ahí como vivencia de ésta persona viviente, como estado suyo, como acto suyo, el contenido de sensación de esta vivencia está ahí, como lo que se da a aquella persona a modo de contenido, como lo sentido por ella, como aquello de lo que ella es consiente y la vivencia se inserta, junto con la persona que la vive, en un tiempo objetivo<sup>35</sup>.

Por lo cual cada uno tiene su lugar desde donde ve las cosas que están ahí delante y por eso se le presentan a cada uno de diversa manera, así mismo son para cada uno, diversos los campos de percepción, de recuerdo, por lo que aquello de lo que tiene conciencia se presenta a la conciencia presente en diversos modos siendo una vivencia única<sup>36</sup>.



Toda percepción de una cosa tiene, así, un halo de intuiciones de fondo y también esto es una vivencia de conciencia o conciencia de todo aquello que hay de hecho en el fondo objetivo simultáneamente visto, por lo que se reconoce que a la esencia de todas estas vivencias siempre tomadas en su plena acumulación son inseparables, esa notable modificación que hace pasar la conciencia en el modo del estar vuelto actualmente hacia algo a conciencia en el modo de la inactualidad y viceversa, son simplemente las vivencias del pensar, del sentir y querer, sólo que, como se pondrá de manifiesto el "estar dirigido a", el "estar vuelto hacia", que distingue a la actualidad del recuerdo<sup>37</sup>.

Para Husserl la fenomenología es la ciencia y método del esclarecimiento de las posibilidades del conocimiento y de la estimación, pues pretende aclararlas desde su fundamento esencial, ya que tratándose de posibilidades universales, las investigaciones fenomenológicas deben ser investigaciones universales de esencia, por lo cual el análisis de esencias es análisis genérico y el conocimiento de esencias es conocimiento dirigido a esencias a objetos universales, es decir conocimiento a priori o conocimiento que extrae su validez puramente en la esencia<sup>35</sup>. Hacer fenomenología del conocimiento permite aclarar la esencia del conocimiento y del objeto de conocimiento, a través de una actitud intelectual y un método, ambos específicamente filosóficos<sup>38</sup>.

Por lo tanto Husserl habla de una fenomenología que parte del análisis descriptivo de las vivencias percibidas interiormente, considerando que las vivencias intencionales se estructuran en partes y aspectos propios de quien las vive. Por lo que la tarea fenomenológica consiste en sacar a luz esas partes y describirlas, es decir descomponer estos objetos de la percepción humana interna para poder describirlos adecuadamente<sup>39</sup>. Dado que una vivencia no es algo simple es necesario desmenuzarla en sus estructuras esenciales.

Dichas estructuras esenciales están dadas en la conciencia como hecho empírico y natural del mundo físico, el cual trasciende, al ser un hecho consiente dado por la percepción, esta última sucede al apereibirse por la propia percepción en relación

con el yo, por lo que la percepción se concibe como la vivencia del sujeto que tiene justamente esta vivencia dada en un tiempo determinado.

De acuerdo con Husserl el estudio fenomenológico sobre las vivencias debe considerar que el sujeto al ser conciencia de una vivencia intencional, parte de una vivencia en general que ha tenido diversas vivencias paralelas, las cuales generan formas de reproducción consideradas como transformaciones operativas, es decir que toda vivencia tiene su propia vivencia correspondiente pero con modalidades distintas en un recuerdo<sup>40</sup>.

La fenomenología en la investigación social tiene como objetivo comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos. Esta teoría es considerada para el estudio de los fenómenos humanos, ya que son muy complejos para ser estudiados utilizando solo la percepción de los hechos en su manifestación externa<sup>30</sup>.

Hace referencia a todo fenómeno en todas las significaciones posibles pero en una actitud totalmente distinta, que modifica en determinada forma todos los sentidos del término fenómeno con que nos encontramos en las ciencias exactas, es decir al estudiar estas modificaciones, se eleva por medio de la reflexión lo que tienen de peculiar los fenómenos naturales al nivel de la conciencia científica<sup>41</sup>.

El investigador fenomenológico está interesado primordialmente por el estudio del significado esencial de los fenómenos así como por el sentido y la importancia que éstos tienen para el ser humano<sup>42</sup>. En el acto de ver el fenómeno puro, el objeto no está fuera del conocimiento o fuera de la conciencia, pues es algo visto.

Para la fenomenología todos los seres humanos tienen un mundo y estar en el mundo es existir, es estar involucrado, es una forma del ser. Sin embargo se considera que el mundo es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde se vive, el mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura, tiene que ver con las especies que se captan en la intuición genérica

y con las situaciones objetivas que se constituyen de modo visible e inmediato en la conciencia.

La fenomenología busca determinar el sentido dado a los fenómenos por la descripción e interpretación del discurso de quien los vivió<sup>30</sup>, pretende ser análisis de esencias en el marco necesario de darse a las cosas mismas, pues destaca que lo fundamental es no pasar por alto, que la evidencia es la propia conciencia que ve y capta su objeto mismo de una forma directa y adecuadamente, por lo que evidenciar, no significa sino el mostrarse como cosa misma.

Por lo cual, la tarea del fenomenólogo es perseguir dentro del marco de la evidencia pura o del darse las cosas en sí mismas, todas las formas del darse y todas las correlaciones y ejercer sobre todas ellas el análisis esclarecedor. El conocimiento se refiere al objeto con un sentido cambiante, en vivencias cambiantes, en cambiantes afecciones y acciones del yo<sup>32</sup>.

Es así como la persona que percibe sus vivencias en el mundo en que se encuentra y que es a la vez su mundo circundante, refiriéndose a los complejos múltiples y cambiantes formas espontaneas de la conciencia: del considerar e investigar, del explicitar y traducir en conceptos al hacer una descripción, del comparar y distinguir, del coleccionar y contar, del suponer e inferir, en suma, de la conciencia teorizante en sus diversas formas y grados, todos ellos como actos del yo en que se tiene conciencia del mundo al volverse espontáneamente hacia él y aprehenderlo como algo que esta inmediatamente ahí delante<sup>43</sup>.

Es por ello que se considera el mercado San Miguel del poblado de Topilejo, como una parte del mundo de las personas que padecen DT2, las vivencias dadas en este mundo permitirán conocer la realidad personal de quien la experimenta, ya que el objetivo de la fenomenología es comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias<sup>44</sup>.

Dado que esta teoría se centra en el estudio de las realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida

psíquica de cada persona<sup>45</sup>, se consideró el método fenomenológico como el más adecuado para estudiar y comprender la estructura vivencial del padeciente de diabetes tipo 2 que labora en el mercado San Miguel, ya que este método respeta plenamente la relación que hace la persona de sus propias vivencias y al tratarse de algo estrictamente personal, no habría ninguna razón externa para pensar que ella no vivió, no sintió o no percibió las cosas como dice que lo hizo, reflejando la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y su situación, en la forma más auténtica<sup>45</sup>.

## Capítulo V: Marco conceptual

### Las vivencias como elemento esencial en el campo fenomenológico eidético

La fenomenología en su actitud puramente eidética de toda trascendencia, tropieza con la conciencia pura, en su propio terreno tiene que considerar las vivencias, en sus elementos, complejos, clases y subclases, pero no como cosas arbitrarias muertas, sino como vivencias intencionales en virtud de su esencia eidética, en cuanto "conciencia de"<sup>46</sup>.

Husserl se refería a las vivencias como todo aquello con lo que nos encontramos en la corriente de las propias vivencias, dado que no sólo las vivencias intencionales, las *cogitaciones* actuales y potenciales son tomadas en su plena concreción, sino que considera todo ingrediente encontrado en esta corriente, así como sus partes concretas<sup>47</sup>.

Las vivencias están dadas en el sujeto de dos formas, la primera como vivencia en general, caracterizada por conservar una mayor cantidad de esencias primitivas en la conciencia actual, al trascender por la inactualidad y considerada también como no modificada, la segunda como vivencia intencional dada por la conciencia modificada como resultado de la no modificada, sin embargo su esencia se conserva, pues en el curso de la modificación son referidas de manera intencional<sup>47</sup>.

Por vivencias en el sentido más amplio entendemos todo aquello con que nos encontramos en la corriente de las vivencias, así, no sólo las vivencias intencionales, las *cogitaciones* actuales y potenciales tomadas en su plena concreción, sino todos los ingrediente encontrados en esta misma corriente y sus partes concretas<sup>47</sup>.

En la esencia de la vivencia misma entra no sólo el “ser conciencia”, sino también de “qué lo es” y “en qué sentido preciso” o “impreciso lo es”, por ende está también encerrado en la esencia de la conciencia inactual, en qué forma de cogitaciones actuales sea trasportable, por medio de la modificación que se designa como "vuelta de la mirada de la atención, hacia lo antes no atendido". Por profunda que sea la alteración que experimentan las vivencias de la conciencia actual al pasar a la inactualidad, siguen teniendo las vivencias modificadas una gran cantidad de esencia con las primitivas<sup>47</sup>.

La propiedad esencial y general de la conciencia se conserva, en el curso de la modificación, todas las vivencias que tienen en común estas propiedades esenciales se llaman también "vivencias intencionales, en tanto son “conciencia de algo”, por lo que son "referidas intencionalmente" a este algo.

Fácilmente se ve, que no todo ingrediente de la unidad concreta de una vivencia intencional tiene el mismo carácter fundamental de la intencionalidad, es decir la propiedad de ser "conciencia de algo", esto corresponde a que no se contemplan todos los datos de la sensación, que desempeñan un papel tan grande en las intuiciones perceptivas de las cosas. Es decir, vivencias puramente en su esencia o de esencias puras y de lo que en las esencias está encerrado con absoluta necesidad<sup>47</sup>.

En cada cogito actual vive su vida en un sentido especial, pero también pertenecen a él todas las vivencias de fondo y él a ellas, todas ellas, en cuanto pertenecientes a la corriente de las vivencias una que es la mía, tienen que convertirse en cogitaciones actuales<sup>48</sup>.

La vivencia intencional actualmente llevada a la conciencia, en ella se dirige el sujeto al objeto intencional, el cogito mismo es inherente, como inseparable a él, un "mirar a" el objeto, que, brota del "yo", el cual no puede faltar nunca. Este "mirar a" algo el “yo” es, según el acto, en la percepción percipiente, en la ficción fingidor, en el querer ver el agrado un mirar con agrado, esto quiere decir, que este tener a la vista ante los ojos del espíritu, inherente a la esencia del cogito en cuanto tal, no es a su

vez, más que un acto peculiar que no debe confundirse con un percibir, se trata de observar, que objeto intencional de un acto de conciencia es un objeto aprehendido<sup>49</sup>.

Viviendo en el cogito, no tenemos conciencia de la cogitatio misma, como objeto intencional, pero en todo momento puede convertirse en tal, siendo esencial su esencia, es decir la posibilidad de una vuelta “reflexiva” de la mirada, en forma de una nueva cogitatio<sup>49</sup>.

La intencionalidad es una característica esencial de las vivencias en general, en cuanto que todas las vivencias participan de algún modo en la intencionalidad, aun cuando no podamos decir en el mismo sentido de toda vivencia que tenga intencionalidad. La intencionalidad es lo que autoriza para destinar a la vez la corriente entera de las vivencias como corriente de conciencia y como unidad de una conciencia<sup>50</sup>.

Todas las características esenciales de la vivencia y la conciencia son pasos necesarios para alcanzar la esencia de la conciencia pura con que debe quedar acotado el campo de la fenomenología. La conciencia y su objeto forman una unidad individual sentada puramente por las vivencias. Una vivencia sólo con vivencias puede estar combinada en un todo cuya esencia total abarque las esencias propias de estas vivencias y esté fundada en ellas<sup>51</sup>.

Con el mundo natural está la vivencia individual entretrejida de un doble modo: es vivencia de algún hombre o animal, y es vivencia de este mundo, regularmente es fácil convencerse de que el mundo material no es un trozo cualquiera del mundo natural, sino su capa fundamental a la que está referido esencialmente todo otro ser real en sentido estricto<sup>53</sup>.

Sin embargo, todas las vivencias son conscientes, quiere decir que no son sólo conciencia de algo, ni existe como tal conciencia, sólo cuando ellas mismas son objeto de una conciencia refleja, sino que ya antes de toda reflexión están ahí como fondo y por ende en principio dadas a ser percibidas, en un sentido análogo al de

las cosas al que no atendemos en el campo de la visión exterior, estas sólo pueden estar presentes en tanto que, se tiene conciencia de ellas<sup>52</sup>.

Lo que aún le falta son las almas humanas y animales, y lo nuevo que éstas aportan son, en primera línea, sus vivencias con el estar referido en forma de conciencia al mundo circundante. Se dice que la conciencia y las cosas son un todo bien ligado, bien ligado en las distintas unidades psicofísicas que llamamos seres animados, bien ligado supremamente en la unidad real en sentido estricto del mundo entero<sup>53</sup>, por lo tanto una vivencia no se crea ni se pinta (matiza ni escorza), para la mirada está simplemente ahí, con sus cualidades y sus componentes.

Las fases de la vivencia se rigen por un elemento de temporalidad, dicho elemento se encuentra en el pasado en su fase de inicio, pues necesariamente requiere de un horizonte en el antes, para que el sujeto la lleve a su conciencia, sin embargo este horizonte no debe ser un antes vacío o sin contenido, pues rigurosamente debe contener una significación de un ahora pasado para construirse como vivencia, por lo cual a cada vivencia le han precedido otras vivencias, es así como el pasado de las vivencias está lleno de continuidad, para la fase final la temporalidad del ahora de las vivencias que posee también su horizonte del después, el cual tampoco es vacío, pues necesariamente se convierte en un nuevo ahora lleno de contenido.

La vivencia vivida realmente en cada paso se da, al caer bajo la mirada reflexiva, como realmente vivida, como existiendo "ahora", pero también se da como habiendo existido hace un momento y en el recuerdo nos da a conocer nuestras vivencias anteriores, que en ese momento estaban presentes, así mismo ocurre con la expectativa intuitiva, aquello de que se tiene conciencia al dirigir la mirada hacia adelante, como venidero, se tiene gracias a la reflexión posible en la expectativa<sup>54</sup>.

Así como lo recordado tiene la significación de algo que ha sido percibido, también en la expectativa podemos reflexionar y llegar a ser conscientes de nuestras propias vivencias, que no enfocábamos en ella como pertenecientes a aquello de que estamos expectantes, donde la mirada reflexiva se ha vuelto a la vivencia venidera de percepción.



Los problemas de la fenomenología dentro del marco de la reducción trascendental, necesita distinguir las partes y elementos que encontramos mediante el análisis de los ingredientes de la vivencia.

Toda vivencia intencional es gracias a sus elementos noéticos y noemáticos, el primero que se refiere a la esencia que alberga una cosa, es decir el tener sentido<sup>55</sup>, en otras palabras “tener en la mente” algo es el carácter fundamental de toda conciencia, la cual, gracias a él no se limita a ser en general una vivencia, sino que es una vivencia que tiene sentido, una vivencia noética<sup>56</sup>.

El nóema tiene un “contenido”, a saber, su sentido y se refiere mediante él a su objeto, es decir que el contenido noemático de la vivencia sigue siendo el mismo todo el tiempo y se puede decir que existe constantemente con la misma objetividad que lo caracteriza, como estando ahí en persona y exhibiéndose en los mismos modos de aparecer.

Por lo cual el conocimiento del que se trata, es exclusivamente de relaciones eidéticas, se abre a la investigación de las relaciones esenciales entre lo noético y lo noemático, entre vivencia de la conciencia y correlato de la conciencia.

Con lo descrito anteriormente podemos decir que la construcción de las vivencias está dada por la suma de la percepción espontánea del sujeto, la relación con el objeto, la formación de estructuras del objeto por el sujeto y los actos de conciencia hechos por el sujeto. Ver imagen 1.

El estudio de la corriente de las vivencias se lleva a cabo, en variadas clases de actos reflexivos de peculiar estructura, que pertenecen ellos mismos a la corriente y de los que pueden hacerse, y también necesita hacerse, en las correspondientes reflexiones de grado superior, objetos de análisis fenomenológicos. Pues para una fenomenología general y para las vistas metodológicas que le son totalmente indispensables, son fundamentales semejantes análisis<sup>57</sup>.

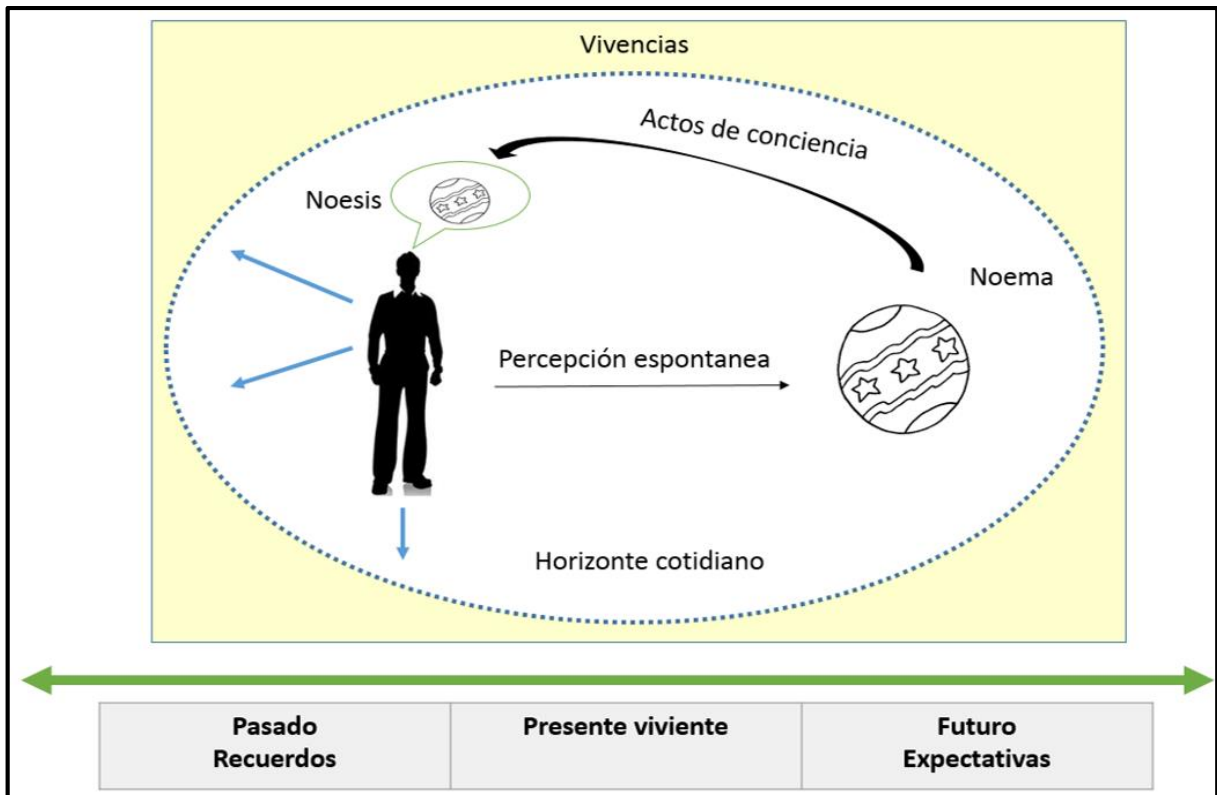


Imagen 1: Esquema conceptual de las vivencias. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Por lo tanto la tarea fenomenológica es la de indagar sistemáticamente el conjunto de modificaciones de las vivencias que caen bajo el nombre de reflexión, en compañía de todas las modificaciones con que están en relación esencial y que las suponen, esto último pertenece a la totalidad de las modificaciones que toda vivencia tiene que experimentar durante su curso originario y además a las diversas formas de variaciones que pueden concebirse como llevadas a cabo idealmente sobre toda vivencia en el modo de operaciones<sup>58</sup>.

## **Padeciente versus paciente como una mirada nueva del “Ser” dentro del campo de la salud**

Una persona puede adquirir diferentes connotaciones de acuerdo con la función o rol que desempeña dentro de un contexto cultural, social o laboral, etc. De esta forma el área médica dentro de un sistema de salud no es un contexto exento, en donde la persona que enferma y demanda un servicio sanitario es nombrada paciente.

Paciente es la persona que tiene, manifiesta o implica paciencia, esta definición la podemos encontrar en el diccionario de la Real Academia Española<sup>59</sup>. Así mismo en la literatura médica se menciona que un paciente no necesariamente se trata de un enfermo, sino cualquier persona que entra en contacto con un sistema de salud. Este acercamiento posiciona al paciente en un rol de dependencia y subordinación ya que su libertad se ve limitada al encontrarse vulnerable en relación con el equipo de salud, es así como el valor de una profesión y un ambiente desconocido genera una superposición a favor del personal sanitario<sup>60</sup>.

De igual forma, se hace referencia a una persona enferma que está en tratamiento para curarse o que se somete a un reconocimiento médico, en este momento el paciente entra en contacto con un sistema de salud en el que adquiere derechos y obligaciones que le permiten desempeñar un nuevo rol social caracterizado por obediencia y disciplina.

El papel del paciente en la preservación y recuperación de la salud depende exclusivamente de él, pues solo él, es quien acepta o rechaza las indicaciones médicas; sin embargo, si la persona adopta las indicaciones de forma simétrica es un paciente cumplido, de lo contrario es calificado como incumplido y desobediente, por lo que dentro de este ámbito, las vivencias del padecer de cada persona no son contempladas o son olvidadas dentro del entorno biomédico. Es así como el paciente no solo alude a tener paciencia, es además pasivo, receptor y obediente, incapaz de expresar su opinión.

Se dice que ante la aparición de la enfermedad, se genera en el paciente, cierto grado de invalidez, anomalía, amenaza y molestia al ser incapaz de realizar sus actividades habituales<sup>60</sup>, situación que no corresponde con la de una persona que vive su padecer en un solo “yo”, pues no se trata de dos condiciones sumadas, a la cual simplemente se otorga un tratamiento a la enfermedad para lograr el bienestar del paciente, de lo que se trata es de individualizar la atención de la persona, considerando sus vivencias de padecer, pues de acuerdo con Husserl<sup>41</sup> es la forma directa de volver a las cosas mismas para conocer el fenómeno.

La relación médico-paciente en la que de manera explícita o implícita, cada uno posee un rol prefijado por un sistema reglamentario, exige la disciplina por parte del paciente<sup>60</sup>, sin embargo el concepto de paciente no corresponde, ni alude a aquella persona que vivencia su padecimiento dentro de su entorno cotidiano, pues cada persona conserva su propia opinión de su padecer, dada por sus creencias, valores, temores y prejuicios que se han formado en su conciencia tras el curso de sus vivencias.

Por lo cual es necesario contemplar nuevas perspectivas conceptuales en el abordaje de la persona dentro de las instituciones de salud, con la finalidad de reconocer al padeciente como un sujeto que padece su enfermedad, manifestando sentimientos y emociones, capaz de tomar decisiones sobre sí mismo<sup>16</sup>. Considerando que paciente es un concepto en el que se alude a la persona enferma cuyo tránsito por las instituciones de salud se realiza en tiempos determinados, se considera girar la mirada hacia la persona cuya enfermedad crónica se encuentra presente durante el curso de la vida, padeciendo de múltiples formas.

En el lenguaje cotidiano los términos enfermar o padecer, se han nombrado indistintamente para una condición física de la persona, por lo cual es necesario esclarecer su pertinencia conceptual, que permita adoptar su significado no solo en el discurso, sino en su actuar, pero sobre todo en la atención del padeciente.

La enfermedad se caracteriza por la presencia de alteraciones, anomalías o lesiones en las moléculas o estructuras que componen el cuerpo humano, el modelo biomédico pretende justamente conocer las causas de dichas alteraciones, así como los efectos ocasionados sobre el cuerpo<sup>61</sup>.

Pérez citado por Martínez<sup>61</sup>, menciona que la enfermedad es la alteración que se presenta en un proceso de sistemas complejos de macromoléculas organizadas en una jerarquía de patrones estructurales discontinuos, termodinámicamente poco probables y mantenidos gracias a la inversión continua de energía, es decir que la enfermedad es un problema que tiene su sede en macromoléculas con determinadas características morfológicas y funcionales.

Y después de leer y releer lo anterior, podríamos preguntarnos, en esta definición ¿Dónde se encuentra la persona?, es así como se considera, que en un modelo de atención dirigido al padeciente es necesario comprender no solo los aspectos biológicos, sino también los psíquicos, sociales y culturales de la persona que vive el padecimiento<sup>61</sup>. Entendido el padecer como el conjunto de repercusiones psíquicas y socioculturales.

El padecimiento se configura por las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes referentes a la enfermedad, así como los conocimientos y vivencias psicosociales, son lo que determinan la percepción e interpretación de la persona sobre el padecer<sup>45</sup>.

El padecer entendido como el conjunto de molestias de carácter psíquico y sociocultural que la persona o el padeciente vive, como consecuencia de la enfermedad, es decir conjunto de datos subjetivos y objetivos<sup>62</sup>, siendo el único que puede referirlos ya que es él quien los siente y vivencia.

Es así como el padecimiento se origina en la persona por su percepción e interpretación personal de los síntomas y signos de la enfermedad y por la manera como vivencia la incapacidad del cuerpo para cumplir con lo que la

persona espera de sí mismo, por lo cual el padecimiento se produce en la conciencia del ser y se muestra o exterioriza a través del cuerpo.

El padeciente siente su padecer, lo vive a través de sus estados emocionales, sensaciones corporales, sentimientos, cambios físicos y psíquicos inherentes a estructuras y significados socioculturales que lo determinan, es así como el padeciente, padece la enfermedad con todas sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van presentando en el curso de la vida<sup>16</sup>.

Por lo tanto, la propuesta conceptual descrita anteriormente, ha sido adoptada en el presente trabajo para describir las vivencias de las personas que padecen DT2, que laboran en el mercado San Miguel, bajo la mirada fenomenológica eidética de Edmund Husserl.

## **Capítulo VI: Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

Se desarrolló un estudio cualitativo con aproximación fenomenológica<sup>41, 42</sup>.

### **6.2 Diseño**

Descriptivo.

### **6.3 Participantes**

Los padecientes que participaron el estudio fueron 4 personas del género femenino y uno masculino, de entre 54 y 60 años de edad, las horas laborales son de 8 a 12 horas al día y solo dos de ellos refieren contar con seguridad social. Ver tabla 1.

#### **6.3.1 Descripción de los informantes**

Violeta forma parte de una familia extensa compuesta por su esposo, sus tres hijos y dos nietos (ver figura 1), se observan roles familiares definidos con un dominio matriarcal y relaciones permisibles, refiere profesar religión católica, habitan en casa propia, construida de materiales perdurables, refiere contar con los servicios básicos de urbanización, menciona no contar con ningún tipo de seguridad social.

Trabaja desde hace 5 años en el mercado San Miguel tras padecer neumonía y sentir incapacidad para emplearse con otros comerciantes, actualmente labora de 6 a 7 días a la semana, en un horario de 8:00 a 18:00 hrs., refiere que debido a que su hija trabaja, todos los días por la mañana prepara a sus nietos para llevarlos a-

Tabla1: Características generales de los participantes.

Participante	Sexo	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Años de padecer DT2	Seguridad social	Horas de trabajo	Giro comercial
<b>Violeta</b>	Fem	58	Primaria inc.	Unión libre	6	No	10	Jugos, fruta de temporada, dulces, elotes preparados.
<b>Clavel</b>	Fem	54	Secundaria	Casada	8	No	8	Verdura y frutas.
<b>Margarita</b>	Fem	56	Primaria	Soltera	6	No	10	Ropa.
<b>Rosa</b>	Fem	60	Secundaria	Viuda	9	Seguro popular	12	Verduras de temporada, comida preparada capeada, productos preparados a base de masa de maíz.
<b>Narciso</b>	Masc	59	Secundaria	Unión libre	15	Seguro popular	10	Chiles secos, cereales y dulces a granel.



la escuela y posteriormente alcanza a su esposo en el puesto del mercado, para terminar de acomodar y preparar los productos que pondrá a la venta (jugos, elotes cocidos, fruta de temporada picada entre otros), refiere buscar un tiempo durante la mañana (entre las 10:00 y 12:00 horas), para desayunar en compañía de su esposo, sin que esto no signifique, que asigne un tiempo determinado o un horario rutinario para ingerir alimentos, ya que si, se presenta un cliente a solicitar un producto, ella suspende su desayuno para efectuar la venta, las veces que sean necesarias, dando oportunidad a que su esposo concluya sus alimentos de forma continua.

Violeta menciona que debido a que su hija trabaja y que ella pasa la mayor parte del día en el mercado no cuenta con el tiempo suficiente para preparar sus alimentos, por lo que, para su desayuno y comida consume alimentos que ofertan otros comerciantes, menciona que por las mañanas circula una señora ofreciendo café, tortas y gelatinas o que en ocasiones se compra su atole acompañado de un tamal o un pan dulce, así mismo refiere que en la tarde entre las 16:00 y 18:00 hrs., para comer, espera a que su hijo llegue con sus nietos y que su hija regrese del trabajo para que en conjunto decidan que alimentos ingerir.

Refiere que después de concluir su jornada laboral, al llegar a casa, solo hay tiempo para bañarse, continuar las labores domésticas (lavar ropa, trastes, limpiar la casa etc.), las cuales son compartidas con su hija, y en ocasiones tomar una merienda para poder descansar y continuar al día siguiente con sus labores.

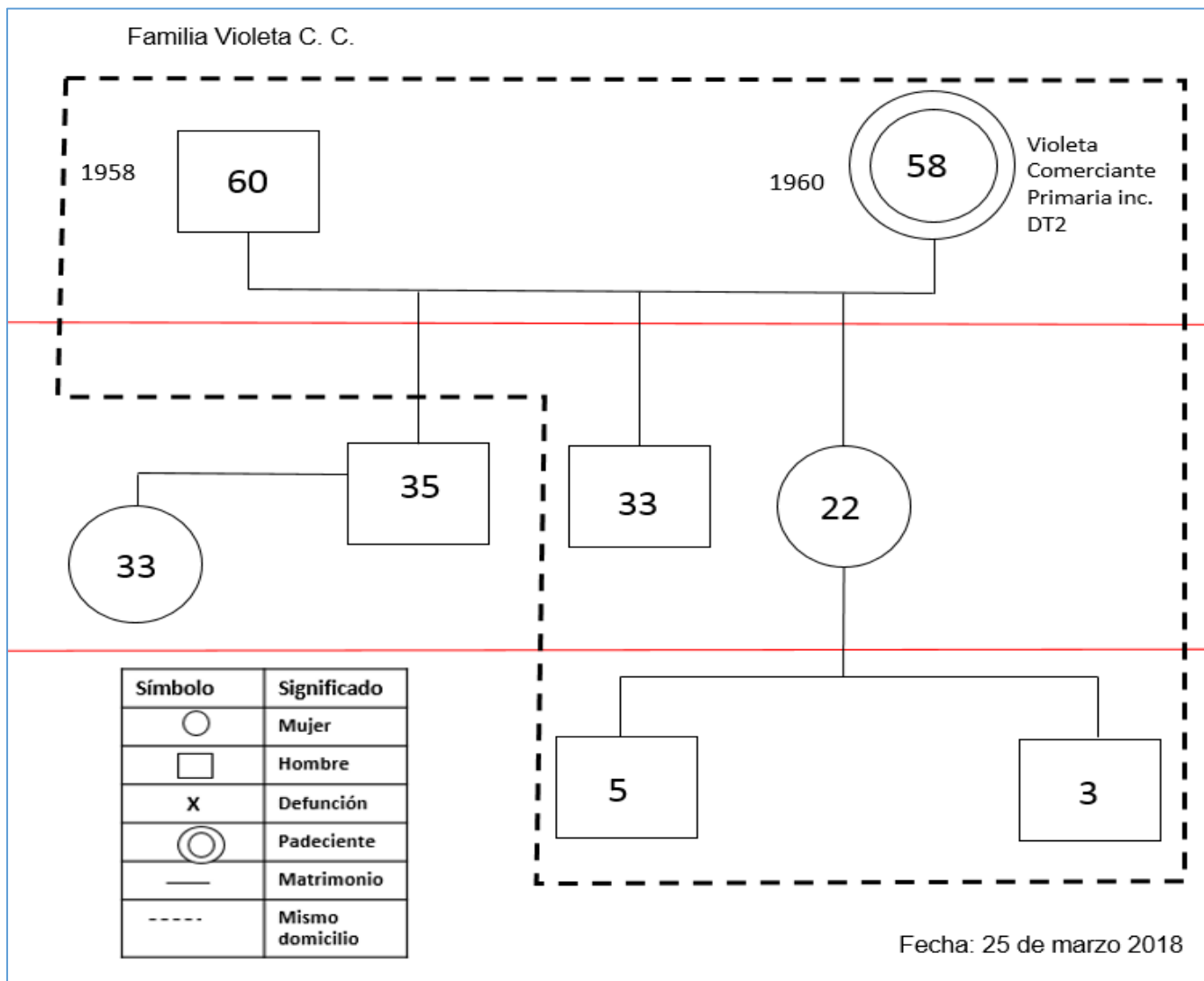


Figura 1: Familiograma de Violeta. Fuente: elaboración propia, 2018.

Clavel habita en una casa rentada con su esposo y tres hijas (ver figura 2), juntos forman una familia tradicional, se observan un dominio patriarcal con relaciones a base de límites y reglas definidas, refiere practicar la religión testigos de Jehová, y no contar con algún servicio de salud.

Trabaja en el mercado vendiendo frutas y verduras desde hace más de 25 años, cuando solo ayudaba a sus padres, actualmente refiere ser negocio propio, trabaja en compañía de su esposo los 7 días de la semana, invirtiendo 8 horas al trabajo comercial directo con los clientes, menciona que para otorgar un valor agregado a sus productos, requiere invertir un tiempo no especificado en la compra, limpieza, selección y muestreo de los mismos.

Menciona que todos los días es necesario cargar su camioneta para transportar sus productos al mercado, en donde inicia armando la estructura metálica que conformará su establecimiento, posteriormente acomoda cada producto de forma independiente, posterior a ello, es momento de desayunar, para ello recurre a la compra de alimentos que ofrecen otros comerciantes.

La comida es efectuada después de las 15:00 hrs., tiempo en el cual ha pasado la hora pico en la venta, debido a que entre las 12:00 y 15:00 horas circula mayor gente para recoger o dejar a los hijos a las escuelas vecinas. Menciona que en la mayoría de las ocasiones solicita comida corrida para consumir, no siempre ingiere la totalidad de los alimentos proporcionados, debido a que es necesario continuar la venta en cuanto se requiera, situación que es intercalada uno a uno con su esposo, pero en ocasiones por la prolongación de la venta, los alimentos no mantienen las condiciones favorables para ser ingeridos o simplemente ya no tiene apetito por lo cual prefiere dejarlos y esperar hasta la hora de la cena.

Clavel describe que la cena es mucho más agradable, ya que se reúne en casa con toda su familia y juntos con mayor tranquilidad consumen los alimentos que prepararon sus hijas al regreso de la escuela, pues a ellas les ha distribuido las labores domésticas.

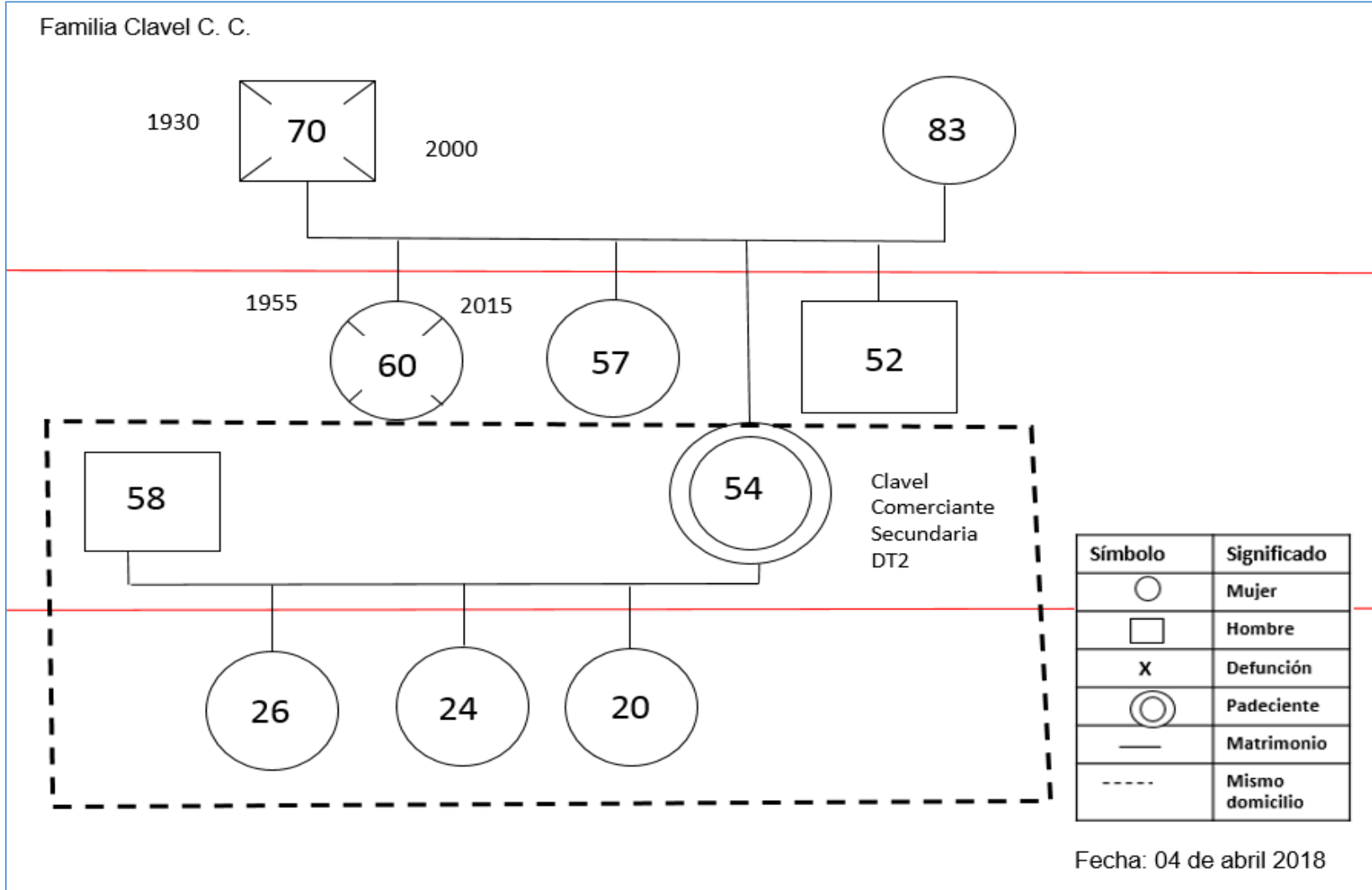


Figura 2: Familiograma de Clavel. Fuente: elaboración propia, 2018.

Margarita de 56 años de edad, es soltera tiene dos hijos, pero solo vive con uno de ellos, debido a que su hija radica en Estados Unidos, (ver figura 3), profesa religión cristiana, habita en casa propia, no cuenta con ningún tipo de seguridad social, refiere padecer DT2 desde hace 6 años, acudiendo a atención médica en consultorios particulares.

Vende ropa en el mercado desde hace aproximadamente 12 años, 6 días a la semana en un horario de 7:00 a 17:00 horas, los días miércoles los asigna para acudir al centro de la CDMX para surtir sus productos, cuenta con una persona que le ayuda en la limpieza de la casa y en la preparación de los alimentos.

Contrata transporte particular los días que labora en el mercado, para armar su puesto lo realiza de forma independiente o en ocasiones su hijo le ayuda cuando descansa en el trabajo, menciona que desayuna a las 8:00 am debido a que es necesario que tome sus medicamentos, sin importar que aún no termine de colocar o acomodar toda la ropa que vende. Refiere que lleva desde su casa los alimentos para su desayuno así como raciones de fruta o verdura para la colación, posterior a ello continúa acomodando sus cosas.

Describe que la persona que le ayuda en casa, es quien le lleva sus alimentos entre 14:00 y 15:00 hrs. (hora de la comida), y mientras espera a que realice su ingesta, ella es quien atiende a los clientes, sin embargo, el día que dicha persona descansa, ella se pone de acuerdo con algunos compañeros del mercado para comprar comida entre todos, que por lo regular deciden comprar carnitas, barbacoa o el denominado taco placero caracterizado por chicharrón seco, queso, nopales preparados y tortillas, en ocasiones pollo rostizado o tamal de pescado, además de rajitas o salsa.

Por la tarde nuevamente recoge, dobla y acomoda sus cosas, refiere ser un proceso lento debido a que tiene que hacerlo cuidadosamente para no dañar las prendas, al llegar a su casa menciona que realiza labores domésticas breves, solo consume una merienda por la noche (a base de fruta, cereal, yogurt, leche o café y pan sin azúcar) y espera a su hijo por si desea cenar y acompañarlo durante este tiempo.

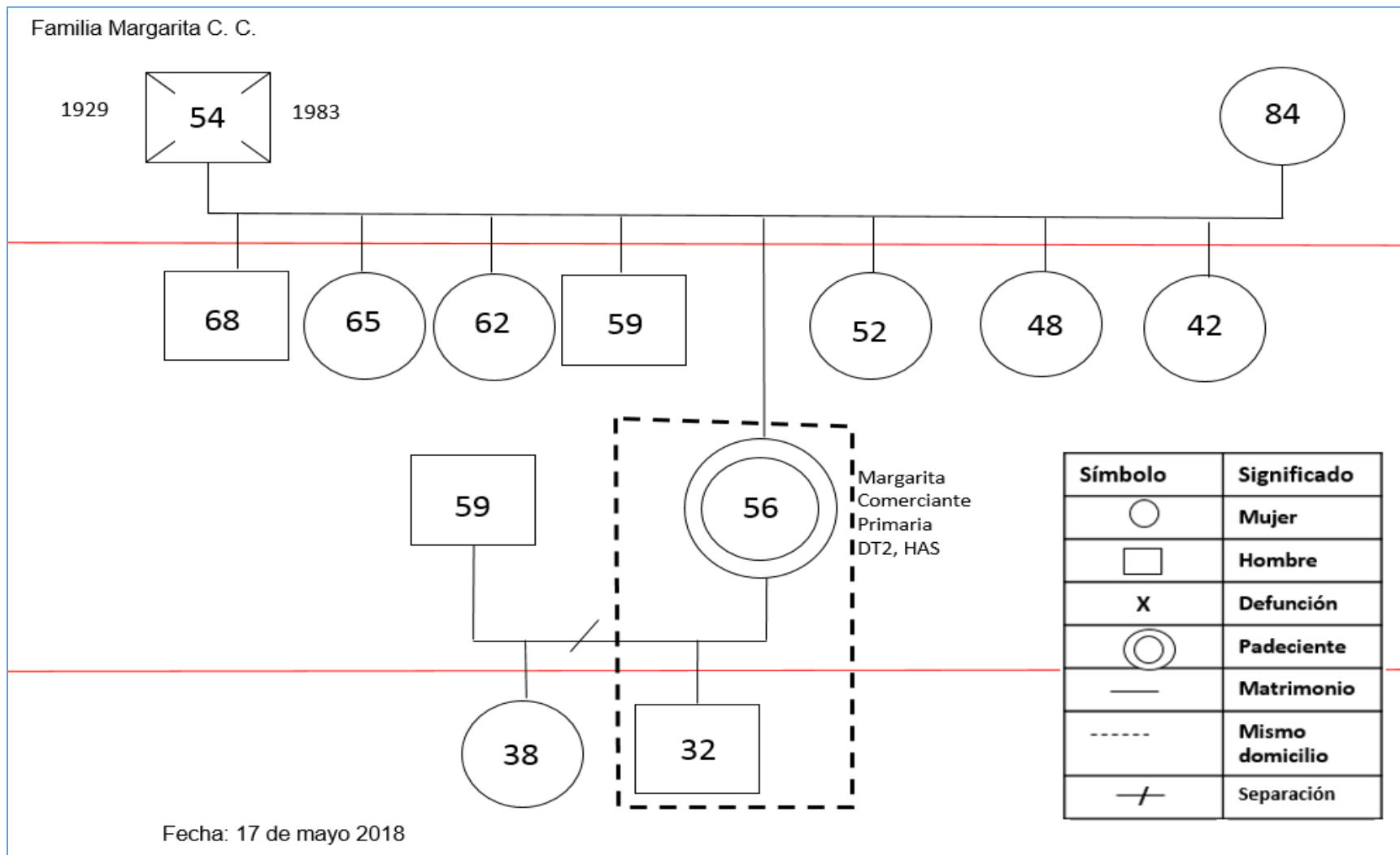


Figura 3: Familiograma de Margarita. Fuente: elaboración propia, 2018.

La familia de Rosa se encuentra en transición por cursar la etapa de nido vacío, es viuda, vive sola en casa propia (ver figura 4), refiere contar con los servicios básicos de urbanización como agua mediante la compra de pipa (servicio de agua potable a través de transporte público con contenedores de mil litros), luz y fosa séptica. Tiene dos hijas, una de ellas vive en el mismo predio con su propia familia, padece DT2 desde hace 9 años y cuenta con seguro popular.

Ha trabajado más de 30 años como comerciante, en el mercado San Miguel lleva aproximadamente 8 años vendiendo verdura de temporada local, comida preparada a base de capeados como chiles poblanos, pasillas y cuaresmeños; nopales, coliflor, huazontles y los llamados niños envueltos, que es un capeado de jamón relleno de queso Oaxaca y queso canasto, así mismo vende por docena tortillas hechas a mano de maíz azul o blanco, sopes, gorditas de chicharrón, tlacoyos de requesón, haba, y frijol.

Menciona que todos los días a las 6:00 am. acude con la señora Flor a preparar sus productos, ya que ella, es quien cuenta con molinos de maíz y comales para tortillas, narra que aproximadamente a las 10:00 am. ha concluido este proceso y se traslada al mercado, en donde su hija la espera con la comida capeada y las verduras. Menciona que durante el proceso de elaboración de los productos, realiza la ingesta de un café con pan y una tortilla con sal, que cuenta como su desayuno, para el almuerzo refiere que en ocasiones su hija le lleva algo de comer pero si no es así, ya no consume nada.

La jornada laboral de Rosa concluye entre las 16:00 y 17:00 hrs., menciona que si antes de esta hora tiene la sensación de hambre, consume algo de lo que ella misma vende, de lo contrario se espera para llegar a casa y comer con su hija. Posteriormente entre las dos, preparan los productos capeados que venderá al siguiente día.

Rosa describe que por lo regular para la cena ya no consume nada, ya que al encontrarse sola en casa prefiere descansar, pues al otro día sus labores iniciarán muy temprano.

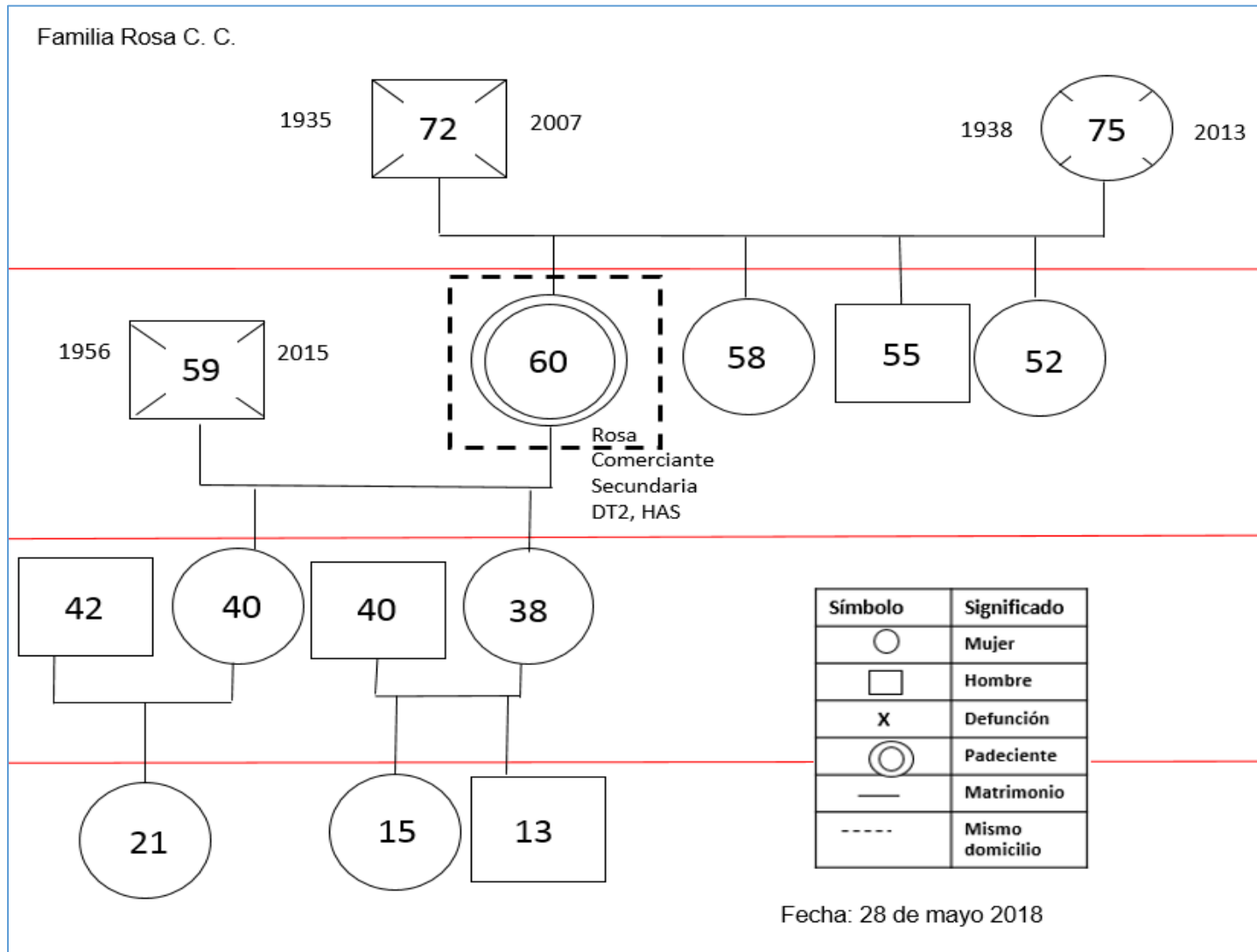


Figura 4: Familiograma de Rosa. Fuente: elaboración propia, 2018.



Narciso de 59 años de edad, es parte de una familia reconstituida desde hace 8 años (ver figura 5), vive en unión libre en casa de su pareja, profesa religión católica, tiene tres hijos, cuenta con seguro popular y padece DT2 desde hace 15 años.

Es comerciante desde los 35 años de edad, en el mercado San Miguel. Vende todo tipo de especies y chiles secos, cereales, botanas y dulces a granel, trabaja todos los días de la semana hasta por 10 horas, en compañía de su actual pareja, quien se encarga desde un día previo en la preparación de los alimentos que consumirán para la hora de la comida en el mercado, debido a que en su puesto han adaptado una parrilla eléctrica pequeña para solo calentar los alimentos.

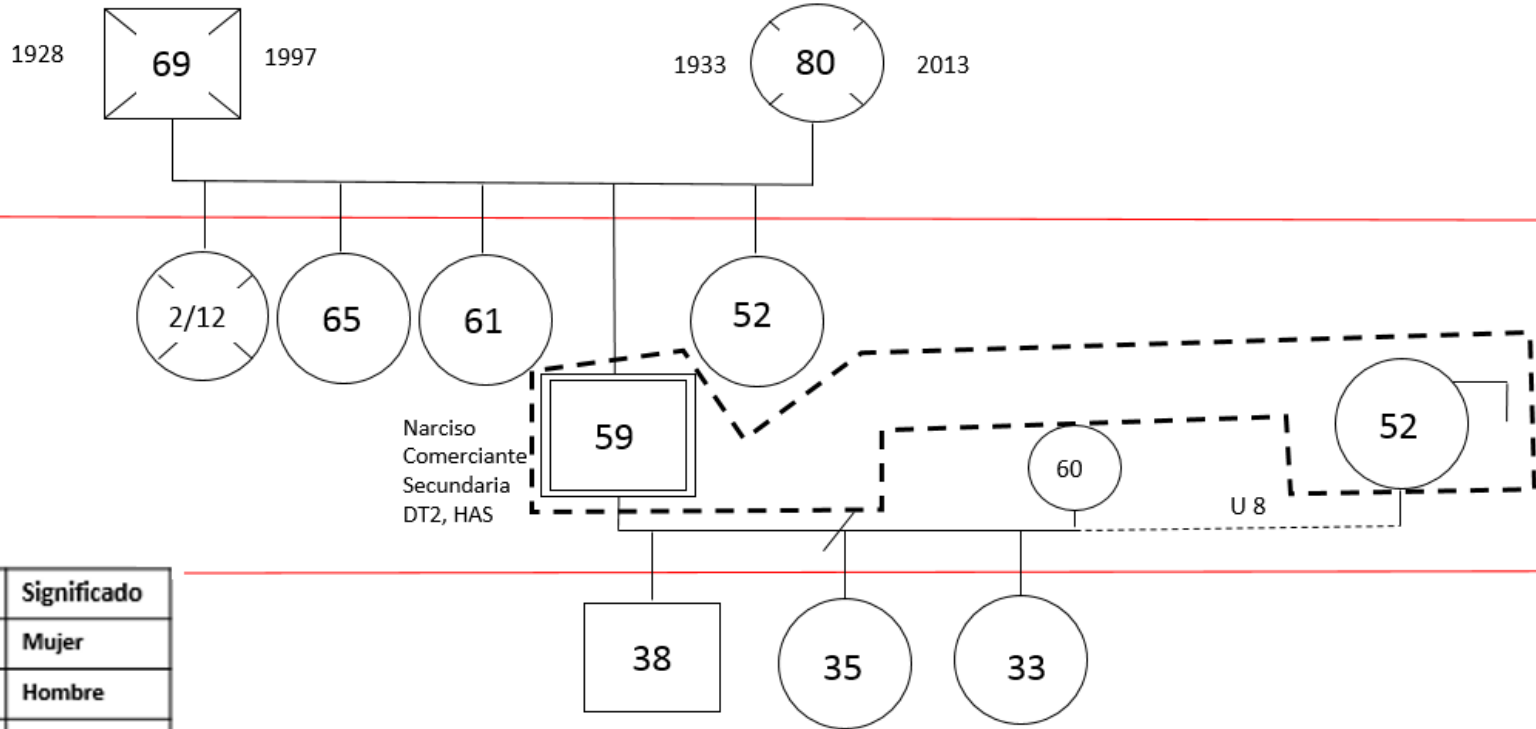
Menciona que para el desayuno su esposa encarga café de olla y compra pan tipo español, para esperar a la hora de la comida, en la cual realiza una ingesta mayor o fuerte, lo que quiere decir que consume un plato de guisado acompañado de sopa de pasta o frijoles y sus tortillas, describe que en ocasiones compran agua de sabor natural que pasan a ofrecer en el mercado o cuando se le antoja compra un refresco de cola de 600 mililitros para compartir con su esposa.

Narciso describe que en el transcurso del día mientras escoge o limpia y acomoda sus productos, ingiere una pequeña pieza de fruta, que su esposa le ofrece, hace énfasis en que no es todos los días.

Describe que su trabajo no es complicado durante la jornada, pues solo tiene que atender a los clientes y hacer una pequeña revisión de los productos, para evitar que mantengan humedad, hace mención que lo laborioso es colocar su puesto, sacar por la mañana todos sus productos de una bodega casera que se encuentra cerca del mercado y por la tarde nuevamente guardar todo, todos los días.

Menciona que al llegar a casa de su esposa, él solo realiza un listado de los productos que deberá surtir para la semana siguiente, mientras su esposa realiza algunas labores de la casa o prepara los alimentos para la hora de la cena, la cual también es una combinación fuerte, refiere que solo uno o dos días a la semana (martes o jueves) acude a San Pedro Actopan para surtir los productos que le hagan falta para vender en el transcurso de la semana.

Familia Narciso C. C.



Símbolo	Significado
○	Mujer
□	Hombre
X	Defunción
□	Paciente
+	Separación
---	Unión libre
≡	Relación muy estrecha

Fecha: 12 de julio 2018

Figura 5: Familiograma de Narciso. Fuente: elaboración propia, 2018.

## 6.4 Técnica de recolección de información

Se realizó mediante muestreo intencionado, ya que la investigadora reconocía de forma previa a los informantes, a través de su conocimiento empírico, el cual adquirió al tener contacto frecuente con las personas del mercado San Miguel por ser parte de la comunidad.

La relación con los informantes consistió en acudir directamente con los padecientes conocidos y establecer un diálogo sencillo para indagar aspectos sobre su tipo de padecimiento, fecha de diagnóstico e identificar a los posibles participantes potenciales, posteriormente se proporcionó una explicación sobre los propósitos de la investigación y se realizó la invitación para participar en el mismo, se hizo entrega de un consentimiento informado por escrito. Ver anexo 2.

Finalmente se realizaron entrevistas abiertas a 5 padecientes, las cuales fueron grabadas y tuvieron una duración variable con un mínimo de 30 minutos y un máximo de 2 horas, las sesiones de entrevista se realizaron entre 3 y 4 ocasiones en distintos horarios, los cuales fueron propuestos de acuerdo a la disponibilidad de cada participante (después de 09:00 y antes de 12:30 horas. y entre 15:00 a 18:00 horas), así mismo para la obtención de los datos se recurrió a observación participante y notas de campo.

Preguntas detonadoras:

- ¿Cómo se enteró usted que tenía diabetes?
- Y me podría contar ¿cómo le ha ido con su diabetes?
- Platíqueme ¿Cómo vive usted un día en el mercado?
- ¿De qué forma usted puede darse cuenta si, se encuentra mal? es decir ¿Cuándo sube o baja su azúcar usted cómo se siente? Y ¿Qué realiza para sentirse mejor?

## 6.5 Rigor metodológico

Se llevó a cabo a través de los criterios propuestos por Guba y Lincoln<sup>63</sup>:

- Credibilidad o valor de la verdad: se garantizan los hallazgos mediante las grabaciones de las entrevistas y las anotaciones en el diario de campo, además se realizó la confirmación de la información con las participantes al término de cada sesión de trabajo, con la finalidad de que los participantes otorgaran veracidad en los datos recabados.
- Transferibilidad: se realizó una descripción detallada del contexto en donde fue realizado el estudio, con la finalidad de que al término del mismo pueda ser retomado en otros estudios en contextos similares.
- Auditabilidad: todos los datos derivados del estudio se encontrarán disponibles a través del contacto directo con la investigadora al correo electrónico [zay\\_1602@yahoo.com.mx](mailto:zay_1602@yahoo.com.mx) en caso de que otro investigador desee retomarlos para estudios posteriores.
- Confirmabilidad: se realizó la transcripción textual de las entrevistas, posteriormente se contrastaron los hallazgos con la revisión de la literatura y un marco teórico, así mismo fueron revisados por expertos en investigación cualitativa (tutor y cotutor de tesis), dichos criterios en su conjunto han permitido mantener la objetividad de la información en el estudio.
- Neutralidad: al final del presente trabajo se presentan las limitaciones del estudio, a las que la investigadora se enfrentó al realizar el presente estudio.

## 6.6 Estrategia de análisis de la información

El análisis de los datos se realizó a través de las seis fases del método fenomenológico propuesto por Jerold W. Apps<sup>64, 45</sup>.

1. Descripción del fenómeno: se inició con la observación directa del curso cotidiano del mercado y de las personas que laboran en el mismo. Se realizaron visitas en repetidas ocasiones (12 aprox.) para recorrer las diversas áreas del mercado, observar su distribución y organización en distintos horarios con la finalidad de recoger toda la información posible. Así mismo se realizó la observación del curso de la vida de los comerciantes, así como de su actuar durante el desarrollo de su jornada, posteriormente la observación se focalizó en el actuar de las padecientes de DT2, para realizar una descripción detallada.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas: para esta fase se contó con la revisión de la literatura, un referente teórico, la observación participante y notas de campo de la investigadora, así como la información proporcionada por las padecientes de DT2 a través de entrevistas abiertas.
3. Búsqueda de la esencia y la estructura: Se realizó la transcripción textual de las entrevistas una a una de acuerdo a su realización, posteriormente se confirmaron con las grabaciones de audio, seguido de una lectura general del corpus para explorar lo que las personas expresaron. Tras lecturas repetidas del corpus se identificaron las estructuras de las posibles categorías, recurriendo de forma inicial a la elaboración de un mapa temático. Posteriormente se continuó con la examinación de los datos para organizar las estructuras de información asignando un código de color a cada una. Cada estructura de información fue revisada y analizada para identificar posibles categorías. Así mismo, cada categoría se revisó minuciosamente para determinar si existían diversas ideas de las cuales pudieran emerger subcategorías. Posteriormente se exploró e identificó la relación entre categorías y subcategorías.

4. Constitución de la significación: se realizó un análisis profundo de las categorías y subcategorías para incorporarlas con los hallazgos de la literatura y la perspectiva teórica.
5. Suspensión de enjuiciamiento: esta fase se realizó durante la observación directa, la recolección de la información, la cual se registró sin incorporar creencias personales, así mismo durante las entrevistas se otorgó libertad para que las participantes hablaran, sin que el investigador efectuara opiniones, gestos o juicios durante el discurso.  
Durante la búsqueda de la esencia y la estructura, las categorías y subcategorías emergieron del discurso de las pacientes, las cuales fueron sustentadas con fragmentos concretos de su discurso.
6. Interpretación del fenómeno: se realizó un análisis interpretativo de las categorías y subcategorías resultantes del análisis de los discursos para mostrar los significados ocultos de las vivencias de pacientes de DT2 que laboran en el mercado San Miguel.

## **6.7 Temporalización**

De febrero a julio del 2017 se realizó una revisión inicial de la literatura para la iniciación del proyecto. En el transcurso de la investigación ha sido necesario seguir revisando y complementando la literatura. De mayo a julio se determinó el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos. De agosto a diciembre del 2017 se construyen los aspectos metodológicos del proyecto. De enero a julio de 2018 se realizó la recolección de los datos, de mayo a octubre de 2018 se realizó el análisis de los datos, resultados preliminares octubre – noviembre 2018, 2019 se presenta reporte final. Ver anexo 3: Cronograma de actividades.

## **6.8 Consideraciones éticas del estudio**

Se consideraron los 4 principios éticos para la investigación: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia para con las personas<sup>65</sup>, así mismo se recurrió al consentimiento informado y el respeto a la integridad, criterios aplicables y determinados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial<sup>66</sup>.

Por lo cual se brindó una explicación general sobre la investigación, proporcionando un consentimiento informado por escrito, para que la persona después de leerlo decidiera otorgar o no su aprobación en la participación del estudio; sin embargo, solo 3 participantes aceptaron firmar el documento escrito.

Verbalmente se les dio a conocer que su información se manejaría de forma anónima usando un seudo nombre, asignando nombres de diferentes flores para cada participante, así mismo se les informó sobre la protección de los datos, los cuales solo son utilizados con fines académicos, informándoles que podían ejercer su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento que lo consideren pertinente.

## Capítulo VII: Contexto donde se realizó el estudio

La Ciudad de México está organizada administrativamente en 16 alcaldías. En 9 de ellas viven comunidades y ejidos de origen indígena: Tláhuac, Milpa Alta, Xochimilco, Tlalpan, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Iztapalapa y Gustavo A. Madero. En estas comunidades aún se conservan técnicas ancestrales para sembrar y sus relaciones cotidianas aún se desenvuelven de acuerdo a sus usos y costumbres<sup>67</sup>.

En 2010 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reporta a Tlalpan como una de las 5 alcaldías que concentran el mayor porcentaje de población en pobreza extrema con un 2.5%, que representa a 17 196 personas<sup>68</sup>.

Tlalpan se conforma por 11 pueblos de ascendencia indígena: San Lorenzo Huipulco, Santa Úrsula Xitla, la Asunción Chimalcoyotl, San Pedro Mártir, San Andrés Totoltepetl, San Miguel Xicalco, la Magdalena Petlascalco, San Miguel Ajusco, Santo Tomás Ajusco, San Miguel Topilejo y Parres<sup>69</sup>. Ver ubicación en imagen 2.



Imagen 2: Ubicación San Miguel Topilejo. Fuente: tomada de [www.google.com](http://www.google.com)



Topilejo es un nombre de origen náhuatl que significa: "El que lleva el bastón de mando precioso". Cuenta con una población total de 34,603 habitantes<sup>70</sup>. De la población total, el 40% se dedica a la agricultura y al comercio, 40% son obreros, profesionistas u otros oficios, el 10% se dedica a la ganadería y el resto trabaja por su cuenta como mecánicos o albañiles<sup>69</sup>.

El poblado cuenta con 1 estancia infantil, 2 kínder de carácter público y muchos particulares, 2 primarias oficiales públicas de jornada ampliada, 2 de ellas cuentan con turno matutino y vespertino; y 2 de carácter particular, 1 secundaria técnica agropecuaria y 1 preparatoria del gobierno de la CDMX, un Centro de Enseñanza Práctica e Investigación en Producción y Salud Animal (CEPIPSA) la cual depende de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM y el Instituto Tecnológico de Tlalpan (Plantel Topilejo).

El contexto donde se llevó a cabo el estudio fue el mercado San Miguel, ubicado en el poblado de San Miguel Topilejo perteneciente a la alcaldía Tlalpan.

Al centro del poblado y a un costado de la parroquia católica, se encuentra el mercado llamado "San Miguel" cuya estructura física es rectangular, cuenta con 4 puertas de acceso, la distribución de los locales es horizontal con dos pasillos centrales en líneas paralelas (Imagen 3). La organización de sus comerciantes se encuentra dividida en tres sectores:

- Los comerciantes formales integrada por locatarios internos del mercado, cuyo establecimiento es fijo de materiales perdurables, sus representantes son elegidos por votación para un tiempo variable y su administración se rige por las condiciones del gobierno local.
- Los comerciantes caseros independientes cuyos domicilios y propiedades han sido habilitadas en accesorias para se encuentran de frente al mercado y sobre la avenida principal.

- Los comerciantes informales conformados por un grupo de personas que en su mayoría son productores de la zona, ellos se distribuyen en la parte externa del mercado y en los alrededores de los comerciantes formales, previa autorización. Su establecimiento es provisional y móvil. Ver imagen 4. El tipo de administración se caracteriza por ser autónoma.

Las actividades de los comerciantes inician aproximadamente entre 6:30 y 7:00 a.m., para organizar los productos en su establecimiento y ofertarlos a partir de las 8:00 a.m. aproximadamente, tiempo en el que inicia la afluencia de la gente que acude a dejar a los niños a la escuela o acuden a la compra de leche LICONSA, por lo cual para este momento los comerciantes esperan un momento pico en la venta de sus productos.

Los horarios considerados de buena venta son de las 12:30 a 15:00 horas y de las 18:00 a 19:00 hrs., horarios en el que salen y entran los niños de la escuela y por lo tanto, son los momentos en los que la población recorre la zona y realiza sus compras. Para estos momentos los comerciantes deben tener la disponibilidad para vender sus productos.

De esta forma los comerciantes dejan sus horarios para la ingesta de sus alimentos en un segundo término o para un momento libre de realizarlos, por lo tanto su consumo se caracteriza por llevarse a cabo en periodos de tiempo cortos, prefiriendo consumir aquellos de rápida preparación, que por lo regular son producidos y preparados en el propio mercado, es decir quesadillas, tacos, tortas etc.

Los productos que ofertan los comerciantes formales y los comerciantes caseros son diversos, se encuentran distribuidos por el área de los establecimientos fijos, en los cuales podemos encontrar las carnicerías, los establecimientos de comida rápida, el área de ropa y calzado, tiendas de abarrotes, chiles secos, tortillerías, pollerías, dulcerías, cremerías y las florerías.

Los comerciantes informales ofrecen a la población la venta de frutas, verduras producidas en la zona y de abastecimiento externo, pollo fresco, panadería, tortillas

hechas a mano, así como tlacoyos, gorditas, sopes, quesadillas, tostadas, algunos otros venden tacos de guisado, carnitas, suadero, barbacoa entre otros, también podemos encontrar pescados fritos, elotes y pan casero.

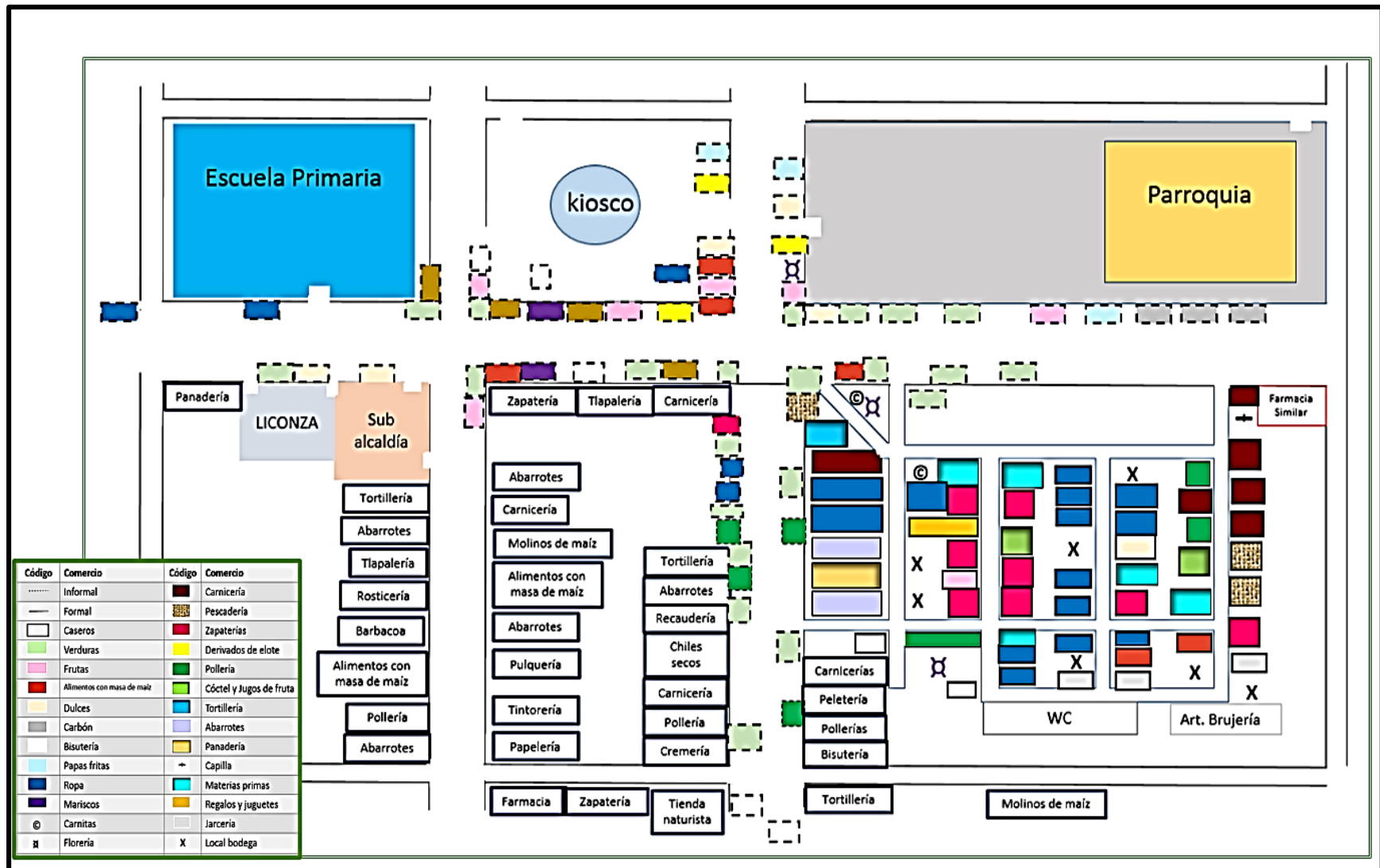


Imagen 3: Estructura física del mercado San Miguel. Fuente: elaboración propia, 2018.

Dado que el mercado no cuenta con un depósito de basura, la colecta de la basura orgánica se realiza por particulares que dedican parte de su tiempo a actividades pecuarias, ellos de forma directa acuden con los comerciantes para recibir los desechos a cualquier hora del día. En el caso de la basura inorgánica, ésta se recoge por 2 barrenderos, empleados por el gobierno de la CDMX, ellos con sus carritos de basura recolectan los desechos en un horario aproximado de entre las 9:00 y 12:00 horas para esperar posteriormente el camión de basura.

Debido a que los comerciantes informales no son establecimientos fijos, estos deben colocar y retirar diariamente la estructura que conforma su establecimiento, así como la totalidad de sus productos, por lo cual es en esta actividad donde se invierte mayor tiempo de la jornada laboral, extendiéndose por más de 10 horas. En la imagen 5 se observa como las actividades laborales continúan incluso en la oscuridad de la noche.

Dichos comerciantes al contar con establecimientos móviles, se ven afectados de dos a tres veces al año debido a la organización de festejos religiosos en los que el gobierno local otorga permisos temporales a comerciantes de juegos mecánicos, juego tradicional de canicas, así como establecimientos de comida rápida, repostería y dulces tradicionales (algodones de azúcar, manzanas cristalizadas, granos y semillas deshidratadas y cristalizadas, plátanos fritos, manzanas; duraznos y fresas preparadas con crema dulce, hot cakes cubiertos de distintos sabores de mermelada de frutas, etc.), que forman parte de las festividades ofrendadas a San Miguel Arcángel. Es así como algunos comerciantes informales suspenden su actividad laboral entre 8 y 10 días, tiempo en el que transcurren los festejos.



Imagen 4: Comerciantes informales del mercado San Miguel.  
Fuente: fotografía tomada el 27 de mayo del 2018.



Imagen 4: Mercado San Miguel y su actividad comercial.  
Fuente: fotografía tomada el 27 de mayo del 2018.

## **Capítulo VIII: Hallazgos y discusión**

Las vivencias de padecientes de diabetes mellitus tipo 2, se construyen a partir de tres horizontes de contenido dadas en la intencionalidad de la vivencia: el antes identificado en la categoría 1: las primeras percepciones al inicio del padecer; el ahora manifestado en la categoría 2: viviendo el padecer en la cotidianidad y el después reflejado en la categoría 3: el precio de la vida tras padecer diabetes, cada una conformada por subcategorías (Ver Figura 6: Esquema de categorización). Las cuales en su conjunto configuran la percepción de los Servicios de Salud, como una barrera para la atención, generada como un acto de conciencia.

A continuación, se muestra el desarrollo de cada categoría, que evidencia cada uno de sus componentes en subcategorías, para llegar a lo que Husserl denominó ir a las cosas mismas, es decir, a la percepción primaria de la conciencia de los padecientes.

### **Categoría 1: Iniciando la vivencia con diabetes**

Se refiere a aquellas variaciones físicas, emocionales y psíquicas que la persona sufre con la iniciación e incorporación de la diabetes a su vida, aún sin una confirmación diagnóstica, es decir, aquellas afecciones que sufre ante la presencia del padecimiento, todo aquello que perturba el desarrollo habitual de su vida.

Mercado San Miguel, Topilejo. Tlalpan.

Vivencias de padecientes de diabetes tipo 2

Horizontes de contenido					
El antes		El ahora		El después	
<p><b>Categoría 1. Iniciando la vivencia con diabetes</b></p>		<p><b>Categoría 2. Viviendo el padecer en la cotidianidad del mercado.</b></p>		<p><b>Categoría 3. El precio de la vida por padecer diabetes</b></p>	
<p>1.1: Sentir el malestar físico, para darse cuenta.</p>	<p>1.3: La espiritualidad religiosa para lograr el bienestar.</p>	<p>2.1: El autocontrol para sentirme bien.</p>	<p>2.3: Los corajes alteran mi azúcar.</p>	<p>3.1: El costo de padecer diabetes.</p>	<p>3.3: Sufriendo con la enfermedad.</p>
<p>1.2: Las afectaciones emocionales.</p>	<p>1.4: Buscando la causa del padecer</p>	<p>2.2: Las dietas para el diabético matan.</p>	<p>2.4: Buscando un tratamiento eficaz en el conocimiento popular</p>	<p>3.2: La dificultad de la alimentación al vivir con diabetes.</p>	<p>3.4: Soportando las repercusiones de la cronicidad.</p>



Padeciente

Categoría 4. La percepción de los Servicios de Salud como una Barrera para la atención

Figura 6: Esquema de categorización. Fuente: elaboración propia, 2018.



### **Subcategoría 1.1: Sentir el malestar físico, para darse cuenta**

Las participantes describen algunos síntomas característicos del cuadro clínico inicial de la diabetes como son: polidipsia, poliuria, pérdida del apetito y cansancio, lo cual les hizo percatarse de que algo diferente ocurría en su cuerpo.

- Violeta describe: *“...me di cuenta porque una vez, este, bueno ya sentía yo, porque nada más pura sed, pura sed, puro del baño y del baño... Pero no me hacía yo caso...Entonces le digo a mi cuñada... ¡Que crees que me gana hartito del baño y pura sed!... Y una vez que viene... Me llevaron...me acompañaron... Donde está la lechería, atrás...al laboratorio... Y si, tenía yo la diabetes”.*

Lo anterior se menciona en el estudio de Amaya y Tello<sup>17</sup> como el decaimiento del cuerpo donde se describe la percepción que el sujeto tiene de su experiencia vivida con la enfermedad, al manifestar disminución de peso, poliuria, polidipsia para luego ir al médico y hacerse análisis, lo que hace que descubra la enfermedad. Pues son estas las primeras alteraciones que el padeciente describe como ajeno a la percepción habitual de su vivencia.

### **Subcategoría 1.2: Las afectaciones emocionales**

Son aquellas alteraciones en las emociones, que la persona experimenta a partir de que construye su propia conciencia del padecer, con el que tendrá que vivir el resto de su vida.

Una de las principales afectaciones que sufre una persona al hacer conciencia de que inicia su padecer con diabetes, son aquellas que perturban de manera directa las emociones, las cuales cursan por un proceso de rechazo y negación ante la pérdida de la salud cotidiana, así como los cambios en los estilos de vida que implica el cuidado del padecimiento, tal y como se ilustra en el siguiente discurso:

- Clavel: *“al principio cuando dijo la doctora que yo era diabética, si me afectó emocionalmente...dice mi esposo, que de momento gritaba yo, en la noche. Que me movía y me sentaba yo en la cama gritando, y que yo decía: ¡No, no, no, yo no soy diabética, yo no soy diabética!”*

Al respecto González, Tinoco y Benhumea<sup>71</sup>, mencionan que cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente, como resultado de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad para toda la vida, ya que implica adecuaciones en el consumo de alimentos, practicar ejercicio y modificar hábitos higiénico-dietéticos.

Así mismo mencionan que el rechazo se asume desde el momento en el que, el diagnóstico coloca a la persona en la condición de padecer una enfermedad, que se asume sin cura y con la que consecuentemente se deberá vivir el resto de la vida, aunado a que dependiendo de la enfermedad, habrá que hacer frente a complicaciones que reducen aún más la salud.

En otro estudio realizado por Cortés, Tzontehua, Ramírez y García<sup>72</sup>, mencionan que las emociones que experimenta una persona al vivir con diabetes, se efectúan en tres momentos diferentes, la primera cuando se asimila la enfermedad: encontrando tristeza, miedo, desánimo y preocupación; la segunda en el proceso de adaptación: donde se expresa indiferencia, enojo, rechazo, soledad y duelo; y en la tercera cuando se buscan soluciones, la persona muestra fortaleza, empatía, ánimo, pero también puede expresar reproche e indiferencia. Es decir que en el curso de la vida las emociones son inherentes al ser.

### **Subcategoría 1.3: La espiritualidad religiosa para lograr el bienestar**

Se consideran las creencias que la persona designa como importantes para el control de su padecimiento, ya que le permiten mantener un estado de bienestar.

Los participantes a lo largo de su vida, construyeron en su conciencia la existencia de un poder sobrenatural, el cual adopta diferentes nombres como Dios, Jesucristo

o Cristo, siendo Él, quien posee el poder de hacer sentir a una persona enferma o no y solo Él, puede amparar la vida de las padecientes de diabetes, lo cual se puede lograr a través de distintas acciones que ofrenda la propia persona, como se muestra en el relato siguiente:

- Clavel: *“yo soy cristiana... le metimos mucha oración. Más yo...ayuno y oración, ayuno y oración... Yo recibí a Jesucristo en mi vida... Yo decía: ¡no, yo no estoy enferma... Porque cristo vive en mí!... Dios nos ampara... Y ahora ya no me siento enferma...Llego a mi recamara, me hinco, me pongo a orar y le digo a Dios: “hoy me voy a poner en ayuno y tú sabes que no aguanto mucho...y me pongo en manos de Dios”.*

En relación a lo descrito López y Ávalos<sup>73</sup>, mencionan que todo ser humano es dotado de una dimensión espiritual que lo diferencia de los demás seres vivos y lo abre a la trascendencia. Así mismo describen que la espiritualidad en el enfermo con diabetes mellitus puede convertirse en un factor protector que favorece al afrontamiento de la enfermedad con menor sufrimiento, a medida que aumenta la espiritualidad, aumenta la fortaleza relacionada con la salud, por lo cual el tiempo de la enfermedad se transforma en una ocasión de búsqueda de Dios.

#### **Subcategoría 1.4: Buscando la causa del padecer**

Las padecientes buscan las causas de inicio de su padecer, dentro de su núcleo familiar, sin encontrar respuestas dado que manifiestan no contar con antecedentes familiares de diabetes.

- Violeta: *“Mi esposo me dice: “es que tu familia no, tu no vienes de familia diabética”, pero dicen los doctores, que aunque no vengas de familia diabética te puede dar. Yo, [en] mi familia nadie es diabética. Mi papá murió de enfermedad normal. Mi mamá tiene 85 años, esta delgadita, no tiene ninguna enfermedad...a mí de un coraje se me alteró el azúcar”.*

A diferencia de los resultados encontrados por Hoyos, Arteaga y Muños<sup>74</sup> en donde menciona que los participantes de su estudio atribuyen el factor genético como una causa primordial para enfermar de diabetes, pues mencionan que sus abuelos, tíos y hermanos también eran diabéticos y por eso a ellos les dio también, situación que difiere en nuestros resultados, ya que los padecientes refieren que sus familiares directos no padecían diabetes e incluso fallecieron por otras causas.

Por lo tanto, es necesario contemplar las condiciones particulares de cada padeciente, así como brindar información clara y hacer coparticipe a la persona para disminuir la incertidumbre causal del padecimiento, permitiendo que la persona lleve a su conciencia, nuevas estructuras de conciencia sobre la diabetes, y de esta forma construya nuevas expectativas de sí mismo en su actuar cotidiano.

## **Categoría 2: Viviendo el padecer en la cotidianidad laboral**

Se refiere al conjunto de actos y acciones realizadas por las participantes, a partir de una construcción consciente de todo aquello que se les presenta en el curso de su vida al padecer diabetes mellitus en su entorno social y laboral.

### **Subcategoría 2.1: El autocontrol para sentirme bien**

Hace referencia a que las personas controlan y modifican su régimen terapéutico y alimenticio, en relación a su sentir físico, mental y emocional. Considerando así, que la disminución de la alimentación en cantidad les ayuda a controlar su glicemia.

- Rosa: *“yo voy a seguir como voy, pero menos... la tortilla si te la como, te la como pero, así casi, el pan de dulce ya no... dulce no como... Me como... Pan o medio pancito pero blanco, blanco y mi café. Pues si no digo que no le echo azúcar, pero nomas así como dice, como de difunto... bien desabrido pero sí que le dé un poquito de sabor... Yo digo ¡pues si como de todo, pero poquito, pero la azúcar ya no!”*

Con relación a lo anterior López-Amador y Ocampo-Barrio<sup>76</sup>, mencionan en su investigación, situaciones similares, al exponer que los diabéticos expresaron comer de todo, sin considerar el aporte calórico o nutricional, cuidándose solo de no consumir hidratos de carbono simples como el azúcar, el pan de dulce o galletas azucaradas.

- Violeta: *“sí como mis taquitos pero digo aquí le paro, ya no vuelvo a comer. Ahora si vamos a suponer si el domingo como eso, no como carne toda la semana”*.
- Clavel: *“ya ahora ya me cuido más. Tomo menos refresco, como menos dulce. Mi café con poquita azúcar... De comer, como normal... Un poquito menos de sal”*.

Los padecientes conciben que los cambios en la alimentación solo implican disminuir la cantidad de la comida habitual, o alternar el tipo de alimentos en un lapso inespecífico, situación sustentada en el conocimiento empírico, que les ha proporcionado sus vivencias en el cotidiano familiar y laboral, como se muestra en los relatos previos.

### **Subcategoría 2.2: Las dietas para el diabético matan**

Esta subcategoría hace referencia a la información que las personas construyen en su conciencia, al recibir determinado conocimiento por parte del personal médico, en función de cómo realizar su alimentación.

En el estudio realizado por Andrade, Antonio y Cerezo<sup>75</sup>, encontraron que las personas hacen referencia a una dieta como sinónimo de muerte, pues es concebida como una restricción alimenticia o prohibitiva por lo que no es llevada a cabo, refiriendo que morirán de hambre, así como se describe en el siguiente relato:

- Violeta: *“... me dan mi tratamiento y ya me decían ellos (se refiere a los médicos) qué iba yo a comer y todo... QUITAN TODO. ¡SI, NO ME MATAN DE LA ENFERMEDAD ME VAN A MATAR DE LAS DIETAS!...tenía mis dietas pero de todas maneras aunque yo tenga las dietas nunca me la pudieron bajar (se refiere*

*a los niveles de glucosa en sangre)... la he manejado alta y alta. Aunque yo haga lo que haga, ¡sí! Nunca me la han podido bajar”.*

Las participantes consideran que llevar una dieta es sinónimo de muerte, debido a las restricciones sugeridas en la consulta médica y que a pesar de realizar dichas acciones, sus niveles de glucosa en sangre no son controlados.

Así mismo en el estudio realizado por López-Amador y Ocampo-Barrio<sup>76</sup>, encontraron que los participantes describen que el tipo de alimentación que se les recomienda es prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y que en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implementar y que además no es de su agrado, pues la consideran muy especial.

Al respecto Cardoso<sup>77</sup>, menciona que a las personas con diabetes les resulta muy difícil cambiar la forma acostumbrada de llevar su alimentación, por una dieta balanceada sugerida en la consulta médica que permita controlar los niveles de glucosa en sangre, debido a reacciones fisiopatológicas y psicógenas del cuerpo ante el cambio.

Dentro de estas reacciones fisiopatológicas se encuentran: el sentir el estómago saturado después de haber ingerido mucha comida y aun así percibir hambre; la sensación de debilidad física por la falta del alimento acostumbrado o de alto contenido calórico; el dolor o malestar corporal por falta del mismo alimento; asco o náusea al ver las verduras después de un periodo de haberlas comido y el antojo intenso por la comida a la que se estaba acostumbrado, la cual debía haberse reducido o eliminado por prescripción médica.

En las reacciones psicógenas que limitan el cumplimiento de una dieta prescrita por el médico se encuentran: la tristeza por no poder comer lo que se les antoja; enojo como reacción a un plan alimenticio; culpa por presentar enojo ante los alimentos prescritos; ansiedad; recordar o recordar los alimentos acostumbrados y la eliminación de estas mismas reacciones fisiopatológicas y psicógenas al ingerir los alimentos acostumbrados.

Lo anterior denominado por el autor como síndrome del cambio de alimentación, implicando reacciones involuntarias que conducen a la persona a continuar con los mismos estilos de alimentación a los que ha estado acostumbrado.

### **Subcategoría 2.3: Los corajes alteran mi azúcar**

Las personas atribuyen el descontrol glucémico a los corajes que experimentan en el curso de su vida, como respuesta a los estímulos percibidos del mundo exterior.

- Violeta: *“... hice un pequeñito coraje, por eso yo digo que en veces se altera, pues de lo que hago corajes. Yo me imagino ¿no?, por eso a lo mejor también mi azúcar no se me controla y luego le digo a mi esposo. Él luego me dice: “no hagas coraje”, pero ¿cómo no voy a hacer corajes?, el problema nunca falta, nunca falta”.*

En relación a esta subcategoría Torres-López, Sandoval-Díaz y Pando-Moreno<sup>78</sup>, describen que la causalidad de la DT2 se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, mencionando que los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes como los sustos o los corajes, así como los estilos inadecuados de vida y la herencia, llevan a identificar a la enfermedad, con su padecimiento como los intrusos que invaden la vida de la persona en su totalidad.

Las emociones forman parte de la vida psíquica del ser humano, por lo cual la atención del paciente es un abordaje que se debe reflexionar juiciosamente, ya que es necesario que se considere al padeciente dentro de la atención sanitaria, debido a que las emociones no pueden ser desprendidas o suspendidas del horizonte cotidiano en el que vive la persona, pues el relato anterior representa la necesidad de ser contemplado en su totalidad, lo cual debe tomar relevancia en el momento de establecer estrategias terapéuticas, sí como personal de salud deseamos un impacto exitoso.

#### **Subcategoría 2.4: Buscando un tratamiento eficaz en el conocimiento popular**

Son todas aquellas acciones que la persona realiza como una estrategia, para contar con un tratamiento alternativo que ayude a mitigar su enfermedad, sin tener que ingerir fármacos.

Se considera que los participantes reconocen el saber popular de las personas, por ser parte de su entorno social cotidiano y le otorgan un valor adicional, dado que dicho conocimiento, comprende situaciones similares a su condición, las cuales hacen que la persona construya un acto de conciencia y tome la decisión de seguir las mismas prácticas aconsejadas, en busca de su bienestar, tal y como lo ilustran los siguientes fragmentos del discurso:

- Clavel: *“la metformina ya no eran dos pastillas eran tres... Entonces por eso busque la forma de tomar tecitos y de las semillitas [se refiere a la Moringa], para ya no tomar tanta pastilla... La moringa, esa si es cara. Cuesta 100 pesos la bolsita de 50 gramos... me la como, como pistaches, me la como 4 en la mañana, cuatro en la tarde... A mí varias personas me dijeron que se les normalizó con eso”.*
- Rosa: *“...me dijeron que tomara yo muchas cosas amargas... ahorita hay una señora que me trae un café, me dio unas hojitas, que si esta amargosas. Y me dijo: “mi esposo eso se lo doy del diario como agua de tiempo y que cree que se siente bien mi esposo”...Tomo a veces ajeno porque me han dicho que eso es lo que corta esa enfermedad [se refiere a la DT2]”.*

Con relación a lo anterior, Campos-Navarro, Torrez y Arganis-Juárez<sup>79</sup>, en su estudio encontraron que los enfermos crónicos establecen una serie de estrategias para enfrentar su enfermedad, las cuales se caracterizan por la búsqueda incesante de encontrar una solución a un padecimiento para el que la biomedicina sólo ofrece un control.

Por lo que consideraron que las prácticas de atención que utilizan los enfermos son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen, ya que son estrategias cuya diferenciación está dada



por las condiciones ideológicas y económicas que permiten establecer posibilidades y alternativas para hacer frente a la enfermedad de una manera dinámica e integral, en la búsqueda de una solución para su padecer.

Así mismo en el estudio de López y Ocampo<sup>76</sup>, encontraron el uso de algún tratamiento alternativo, como complemento del tratamiento prescrito por el médico, encontrando con más frecuencia el uso de infusiones, y nopal con xochonoxtle, como uno de los preferidos por los pacientes, quienes en algunas ocasiones suspenden los medicamentos para tomar el tratamiento alternativo.

### **Categoría 3: El precio de la vida, tras padecer diabetes**

Representa el esfuerzo económico, emocional, físico y psicológico percibido por la persona para vivir con el padecimiento en el curso habitual de su desarrollo cotidiano.

#### **Subcategoría 3.1: El costo de padecer Diabetes**

Las participantes perciben que la atención especializada para su padecimiento es muy costosa, por lo cual ellas no pueden acceder a dichos servicios, decidiendo optar por opciones más rápidas y accesibles que puedan orientarlas sobre sus niveles de glucosa en sangre.

- Margarita: *“... sabe uno que esta uno enfermo y no hace uno caso. Y también la cosa del dinero, porque es puro dinero...dicen que hay especialistas... Y no he tenido oportunidad a donde ir. A mí, bueno, mi doctora me dijo que si hay, pero pues que es caro. Es caro”.*

La percepción de las padecientes sobre la atención de su padecimiento se concibe bajo criterios económicos, por lo cual, al considerar que no cuentan con los recursos suficientes, se conciben en desventaja para acceder a una valoración especializada, de esta forma las caravanas de salud a través de las unidades médicas móviles de salud, se presentan como una oportunidad para acceder a un servicio médico que permita reorientar su tratamiento, como lo relata Violeta en el siguiente testimonio.

- Violeta: *¡qué día vinieron ahí!* [señala a un costado de la escuela primaria]. *Un carro, no sé de qué era. Pero yo me la fui a checar* [se refiere a una glicemia capilar] *y sí me la detectaron alta, no me la había yo checado y sí salí con la azúcar alta... La misma doctora me la aumentó un poquito* [se refiere a su dosis de metformina]. *Me aumentó un poquito. Una pastilla más”.*

### **Subcategoría 3.2: La dificultad de la alimentación al vivir con diabetes**

Se consideran todas aquellas circunstancias que la persona percibe como dificultades, las cuales impiden que lleve a cabo una alimentación personalizada durante el curso de su vida con diabetes, lo que imposibilita lograr un control glucémico.

Las participantes mencionan las dificultades que se presentan en su cotidianidad para preparar los alimentos personalizados, considerando que el factor principal que limita el cumplimiento de una alimentación es el costo monetario de los alimentos.

- Violeta: *“es difícil estar haciendo varias comidas... El gasto. Y horita ve que está bien caro todo, ahora también el pollo, todo eso...el pollo está bien carísimo también el pescado, un pedacito así* [presenta sus dedos índice y pulgar izquierdo, para referir un trozo pequeño]. *Digo no y luego como voy a estar comiendo yo pescado ¿y mis gentes?”* [se refiere al resto de la familia].

Lo anterior coincide con López y Ávalos<sup>80</sup> al mencionar que una de las formas de control que genera más polémica es la dieta, pues en la cuestión económica, la preparación de comidas diferentes y especiales para las personas con diabetes en comparación con las del resto de familia, representan un gasto extra de tiempo y dinero, además de que se ve perturbada la costumbre de la persona diabética cuando convive en una comida familiar, debido que está obligado a comer alimentos diferentes a los que los demás consumen, lo cual le genera una sensación de segregación y culpa.

### **Subcategoría 3.3: Sufriendo con la enfermedad**

Se refiere a las repercusiones físicas, económicas, psicológicas y emocionales que la persona padece en su entorno sociocultural, ante la presencia de la diabetes como enfermedad crónica.

- Clavel: *“hemos sufrido con la enfermedad... como estamos vendiendo, no puede llevar un control de su alimentación [se refiere a su esposo y a ella misma] ...nos la vimos muy difícil... Incluso nos atrasamos con la renta... mi esposo... me llevo al médico... En uno de Simi [se refiere a un consultorio particular de farmacias Similares]... y salí con mucha azúcar”*.

La incorporación de la diabetes en el curso habitual de la vida, se muestra como un proceso complicado acompañado de sufrimiento, pues dificulta y rompe con el cotidiano, que repercute en el entorno familiar, social, cultural, mostrando mayor énfasis en el aspecto económico.

En el estudio realizado por García-Reza *et al*<sup>81</sup>, mencionan que los participantes refieren haber notado cambios antes de la enfermedad, pero que cuando ya están ante un cúmulo de malestares, es cuando no es fácil vivir con la enfermedad y notan cambios definitivos, en relación con el antes que vivían y el después de convivir día a día con el padecimiento. Así mismo mencionan que cuando el ser humano enferma, experimenta una serie de reacciones emocionales, ante esas vivencias experimentadas, consideran que su vida es diferente y sienten la necesidad de hacer un cambio de conducta en su vida.

### **Subcategoría 3.4: Soportando las repercusiones de la cronicidad**

Se refiere a todas aquellas alteraciones físicas, psicológicas, sociales y culturales que se le presentan a la persona tras el curso y desarrollo del padecimiento en determinado tiempo. Una de las complicaciones iniciales que refieren las padecientes es la retinopatía.

- Violeta: *“... a veces se me ha de subir [niveles de glucosa en sangre], porque le digo a mi hija “veo así como borroso”... Pero ahorita sí, no siento ahorita mucho la vista, pero estos días, que te digo que me la chequé ahí, sí, como que se me ponía como una tela y no te alcanzaba yo a ver, me costaba trabajo”.*

La información deficiente, clara y adecuada sobre las repercusiones de la diabetes a largo plazo, aunado con la tolerancia del padeciente ante la aparición paulatina de los mismos, retardan y dificultan su atención, pues no invalidan a la persona a continuar sus actividades comerciales.

Al respecto Bolaños y Sarría-Santamera<sup>82</sup>, mencionan en los resultados de su estudio, que los pacientes muestran preocupación por la diabetes solo cuando aparecen o se incrementa la aparición de complicaciones que alteran los aspectos significativos de la vida, resaltando que cuando la persona interioriza y hace conciencia de la posibilidad de que aparezcan las complicaciones y las relaciona con la calidad de vida que disfruta en el presente y su deseo de mantenerla en el futuro resultará más fácil que adopte medidas para su cuidado.

#### **Categoría 4. La percepción de los Servicios de Salud, como una barrera para la atención**

Las participantes describen que acudir a realizar trámites para recibir atención médica es ir a perder tiempo, dado que es necesario suspender su actividad comercial, lo que implica no obtener en ese lapso de tiempo un ingreso económico y otorgan prioridad al trabajo, ya que esté, sí, les genera una ganancia.

- Violeta: *“No he renovado mi Seguro Popular... la verdad como es puro problema... estoy perdiendo tiempo, estoy en el trabajo y no me da tiempo. No gano aquí mucho [se refiere al puesto donde vende]... pero gano más, un poquito más...es todo el día” [refiriéndose al tiempo que invierte para realizar trámites relacionados con Seguro Popular].*

Otra perspectiva de los servicios de salud, generada tras las vivencias de padecer diabetes, es que se consideran de mala calidad por la falta de atención, los tiempos de espera prolongados y las actitudes negativas del personal sanitario.

- *Narciso: “En el centro de salud no atienden, te vas todo el santo día y nunca te atienden, además tienen un mugre genio que hójole, no la verdad en todos los hospitales que son de gobierno tienen un mugre genio que.... ¡Hay no de verdad que, va uno enfermo, nos bajan los ánimos, nos dicen quién sabe que tanto y venga tal día y una cita para...no me muero!”.*

A diferencia de lo anterior Reyes-Morales y cols<sup>83</sup>, en su estudio cuantitativo reportan una buena percepción de servicios sanitarios brindados por la Secretaria de Salud y el IMSS, mencionando que de una muestra de 14 104 usuarios, el 44.3% refirió una buena atención, un 39,9% un buen trato, pero solo el 10.7% refiere prontitud en la atención, porcentajes que difieren de la percepción de padecientes, de aquellas personas que sienten, que tienen voz y que son más que un dato numérico, como lo relata Narciso en el testimonio previo.

Sin embargo, en los resultados del estudio realizado por Hernández-Ibarra y Mercado-Martínez<sup>84</sup>, se encuentran similitudes con la presente categoría, al mencionar que la mayoría de sus entrevistados hacen referencia al maltrato verbal, por parte de los trabajadores administrativos, médicos y en menor medida de las enfermeras, así mismo se hace mención a los relatos que describen los procesos para recibir servicios sanitarios como muy complicados, refiriendo insatisfacción por los procedimientos administrativos.

### **Categoría 5: Enfermedades adyacentes a la diabetes**

Esta categoría surge de la información proporcionada por las padecientes de diabetes, participantes en el presente estudio. Esta información sugiere estudiar a profundidad las enfermedades adyacentes que han padecido las participantes.

Corresponde a cualquier suceso considerado como enfermedad, que aunado a la diabetes perturba el estado de salud de la persona que la padece.

Se contemplan aquellas enfermedades agregadas que las participantes han experimentado además de la diabetes y que han impactado su vida habitual, debido a intervención quirúrgica o procedimientos invasivos que requirieron periodos de hospitalización prolongada, a propósito de esto, en los discursos de las participantes mencionan lo siguiente:

- Violeta: *“... a mí me dijo mi doctora cuando me dio de alta que esa enfermedad regresa [se refiere a una Neumonía], entonces yo trato de cuidarme lo que yo más pueda, para no volver a caer allí [se refiere a una nueva hospitalización]. Donde estaba yo [refiriéndose a una unidad de terapia intensiva]...pues casi dure como un mes. Un mes estuve allá”.*
- Clavel: *“Me quitaron un tumor que estaba pegado al cerebro. Dicen que estaba grande. Lo grande de mi mano... en el 2011 me operaron. Pero hace 2 años como que quiso retoñar. Son de los tumores que, no sé si ha escuchado que vuelven a reincidir...Hace dos años empecé a convulsionar y ya me dijeron que posiblemente me tenían que operar otra vez. Me hicieron diferentes estudios y me dijeron que me iban a operar. Pero de ahí se juntaron muchos médicos y neurocirujanos y dijeron que no”.*

Lo anterior cobra relevancia para ser retomado en futuras líneas de investigación ya que coincide con lo encontrado por Ávila-Sansores y cols<sup>85</sup>, quienes mencionan que las personas con diabetes tienden a subestimar el padecimiento crónico en la medida que padezcan de otras patologías que limiten de forma inmediata su funcionalidad física, por lo que consideran que la persona con diabetes al no experimentar sintomatología y sentirse bien, respecto a otras enfermedades incapacitantes que ha padecido, tiene menos probabilidad de adherirse a su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

## **Capítulo IX: Conclusiones**

Día a día en el entorno personal de cada individuo, se tropieza con la noticia de que a personas cercanas al cotidiano les han diagnosticado diabetes, situación que toma mayor relevancia a diferencia de revisar los reportes estadísticos, en los cuales se mencionan los incrementos descontrolados en incidencia, prevalencia y mortalidad originada por dicha afección.

La diabetes es un problema de salud mundial por lo cual las instituciones de salud se han empeñado en desarrollar e implementar múltiples programas para fomentar la adherencia terapéutica; sin embargo, se han olvidado de que la aceptación y ejecución de las medidas terapéuticas cursan por filtros socioculturales, que permiten validarlas o rechazarlas, por lo cual es necesario continuar con el estudio de los distintos contextos que forman parte del horizonte cotidiano de los padecientes, a fin de conocer los componentes que moldean el cuidado de su salud.

Dentro de los factores no modificables que propician la iniciación de la diabetes, se menciona en la literatura el factor genético; sin embargo, en el presente estudio no se encontró una relación directa, por lo cual se otorga relevancia a causas relacionadas al contexto laboral y social.

Las vivencias del padeciente de diabetes muestran la gravedad de una enfermedad crónica que se torna incontrolable en el cotidiano laboral de cada uno de quienes la padecen, siendo catastrófico el deterioro físico, social, económico, emocional y biológico que se vive fuera de las unidades médicas, por lo cual el desarrollo del presente estudio ha permitido evidenciar la necesidad de tornar la mirada al curso de las vivencias del padeciente, con la finalidad de ser portavoz dentro del campo biomédico forjando así su incursión.

El impulso de la vida en las personas con diabetes se rige por las creencias que se construyen en la conciencia, tras la pérdida de la salud, en un ambiente dado, ya sea el hogar, la escuela o el lugar de trabajo, por lo cual se requiere garantizar información clara y oportuna, en un ambiente de confianza, libre de juicios personales por parte del servidor sanitario, pues de lo que se trata es de acompañar al padeciente en el afrontamiento de su vida con el padecer, en lugar de culpabilizar o señalar un comportamiento.

Los tratamientos alternativos sustentados en el conocimiento popular, han demostrado mayor influencia sobre el actuar del padeciente, por lo cual se sugiere revisar sus propiedades científicas, a fin de ser contempladas en el control terapéutico no farmacológico.

Dado que las acciones en el cuidado de la salud se moldean de acuerdo con las creencias ideológicas y las posibilidades económicas de la persona, se sugiere establecer estrategias que permitan conocer, el dinamismo de dichas prácticas, a fin de lograr alternativas terapéuticas integrales, que respondan a las necesidades cotidianas de las y los padecientes.

El control glucémico establece una relación directamente proporcional al flujo de las vivencias del padeciente en la cotidianidad, por lo cual se sugiere considerar su conocimiento como una herramienta primordial para ir a la cosa misma y realizar en conjunto la planeación individualizada sobre las estrategias terapéuticas con mayor viabilidad en su entorno laboral.

Las vivencias de las y él padeciente(s) de diabetes mellitus tipo 2, locatarios del mercado San Miguel ubicado en Topilejo dentro de la alcaldía Tlalpan, parten de vivencias primitivas originadas en la percepción del antes, el ahora y lo que será después, tras hacer conciencia de su padecimiento, por lo cual el reconocimiento de los síntomas de la diabetes, se genera solo cuando la persona hace conciencia de una alteración en el ritmo habitual de la cotidianidad, siendo necesaria la difusión de los mismos en las comunidades, fuera de un consultorio de 4 paredes, dado que cuando la persona solicita una atención, generalmente es porque lleva un determinado tiempo viviendo el padecer sin hacer conciencia de su presencia.



En diversas investigaciones se han estudiado los factores que influyen en el fracaso del tratamiento de la diabetes; sin embargo, se ha olvidado que dicho padeciente es una persona que vive y siente la enfermedad en un contexto particular y que de acuerdo a la situación que enfrenta en su vida cotidiana, será su respuesta de afrontamiento y aceptación en el cuidado de su enfermedad, pues solo la persona es quien toma la decisión de que acciones adoptar en su concepto de salud, siendo de gran importancia conocer dichas situaciones contextuales y vivenciales que experimentan los padecientes para proponer estrategias que permitan prevenir, retrasar o minimizar las complicaciones que genera la enfermedad.

Cabe mencionar que las acciones para llevar a cabo, cambios en los estilos alimenticios, se encuentra moldeado por diversos sentimientos de enojo, rechazo, tristeza, culpa y añoranza, originados por no poder continuar con la dieta acostumbrada antes de padecer DT2, las cuales deben ser contempladas en la atención del padeciente.

Es importante destacar el desarrollo de futuras investigaciones en las cuales se indague a profundidad sobre las enfermedades adyacentes a la diabetes, ya que estas al presentarse como una incapacidad que limita el curso habitual de la vivencia del padeciente, retoma mayor relevancia para la persona, minimizando el padecer crónico de la diabetes, al no mostrar incapacidades físicas inmediatas.

## **9.1 Aportaciones a la disciplina**

- La persona, la salud, el entorno y el cuidado son los núcleos disciplinares que sustentan la enfermería, por lo cual se deben mantener vigentes en la atención del padeciente, pues en el curso de sus vivencias estos elementos se encuentran inherentes a ella en su totalidad, por lo cual la enfermería no debe aislar dichos componentes en su desarrollo profesional.
- La incursión del padeciente en los establecimientos sanitarios permitirá transformar la relación enfermera-padeciente, en una interacción bidireccional en la que se considere el horizonte cotidiano y la participación de la persona en el restablecimiento de su salud.
- En el presente trabajo se reconoce la necesidad de la incorporación de la enfermería en los entornos cotidianos de los padecientes de diabetes, pues es necesario realizar más que un trabajo comunitario dentro de las unidades de atención primaria, en donde las sesiones de educación para la salud se incrustan en cuatro paredes, quedando desprotegidos todas aquellas personas que por diversas situaciones no tienen contacto con el Sistema Nacional de Salud.

## **9.2 Aportaciones a la práctica**

- El reconocimiento y adopción del padeciente en la práctica de enfermería permite conceptualizar de una forma diferente y completa a la persona que vive con una enfermedad crónica y no solo desde un ente biológico.
- Propiciar un ambiente de confianza en la relación enfermera-padeciente que permita al padeciente tener un papel activo y participativo, así como ser protagonistas en la toma de decisiones sobre su enfermedad y tratamiento, bajo un plan personalizado coherente y realista con su escenario cotidiano personal y laboral.
- Fomentar la participación activa de enfermería en el cuidado del padeciente de enfermedades crónicas, fuera de las unidades médicas, que no solo se limite a desarrollar competencias técnicas, que incursione en escenarios

diferentes al entorno clínico-hospitalario, favoreciendo el desarrollo profesional en beneficio directo y colaborativo con la comunidad.

### **9.3 Aportaciones a la investigación**

- La metodología cualitativa ha resultado útil para establecer un contacto directo al discurso y la perspectiva de las vivencias de las personas que padecen diabetes con respecto a su enfermedad, así como dar cuenta del marco existencial del padeciente, que permita ser marco de referencia en el planteamiento de estrategias exitosas.
- Contribuir al conocimiento desde una perspectiva cualitativa, para objetivar los aspectos subjetivos del padeciente, permitiendo conocer el fenómeno de la diabetes mellitus partiendo de quienes la viven día a día en su lugar de trabajo como lo es un mercado, lugar que se convierte en el primer escenario de vida por sus amplias horas de jornada laboral.
- La realización del presente estudio ofrece diversas temáticas, para abordar el fenómeno de la diabetes, como lo es, el estudio de los determinantes sociales de la salud, dado que no se encontró una relación genética de diabetes en las y los participantes; así mismo, se puede indagar sobre trayectorias de atención, debido a que, en el curso de las vivencias, la percepción de los servicios de Salud, puede influir como una barrera para la atención de las personas que padecen DT2.

Finalmente es importante recordar que la salud es un derecho universal, por lo cual el Sistema Nacional de Salud debe mirar horizontes de trabajo dentro y fuera de las unidades médicas, en contextos particulares, con múltiples enfoques que permitan conocer la diversidad de los fenómenos en salud de toda la población.

## **Capítulo X: Limitaciones del estudio**

- Como limitación del estudio encontramos que no todos los varones padecientes de diabetes con quienes se estableció contacto, desearon participar en el estudio.
- La mayoría de los participantes otorgaba prioridad a la actividad comercial durante el trabajo de campo.
- No fue posible lograr la saturación de datos, debido al cumplimiento en tiempos administrativos del Programa de Maestría en Enfermería.
- Los resultados no pueden extenderse a toda la población de padecientes de diabetes tipo 2, debido a que el estudio se abordó en un contexto particular, sin embargo, la información puede ser de interés en estudios con semejanzas entorno-estructurales.

### **10.1 Conflicto de intereses**

En el presente estudio se declara no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. OMS. [Sitio en Internet]. [consultado 13 de abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1MgHGOW>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Complications Congress 2018. IDF. [Sitio en Internet]. [consultado 12 de junio 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2lr2Vmt>
3. Federación Mexicana de Diabetes A.C. Diabetes en México [Sitio en Internet]. [consultado 12 de marzo 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2cjl6sm>
4. Federación Mexicana de Diabetes A.C. Diabetes: cuando el metabolismo te indica que algo anda mal. [Sitio en Internet]. [consultado 12 de mayo 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2jCEvXR>
5. Organización Mundial de la Salud. Parte 1: La carga mundial de la diabetes. En: Informe Mundial sobre la Diabetes 2016. OMS. [Sitio en Internet]. [consultado 22 de junio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Mg5zHj>
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. OMS. [Sitio en Internet]. [consultado 21 de abril 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2PBHGeB>
7. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. SEGOB. [Sitio en Internet]. [consultado 2 junio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1EriQAY>

8. CENETEC. Guía de Práctica Clínica: Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014 [Internet]. [consultado 21 de abril 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1QhwT5U>
9. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013. Secretaría de Salud. [Sitio en Internet]. [consultado 22 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1C09NsX>
10. INEGI. Estadísticas de mortalidad 2016. INEGI. [Sitio en Internet]. [consultado 02 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2HvufLc>
11. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. Defunciones por Diabetes en México. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. [Sitio en Internet]. [consultado 26 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2EdnCLV>
12. Domínguez A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. Salud colectiva [Internet]; 2017 [consultado 18 noviembre 2017]; 13(3):375-390. Disponible en: <http://bit.ly/2zPOP7M>
13. Cardoso MA. La cultura como Configurador de Estilos Alimentarios Antagónicos al Tratamiento Médico contra la Diabetes. Cultura, Dieta y Diabetes. Cuicuilco. [Internet]; 2006 [consultado 17 mayo 2017]; 13(37): 129-142. Disponible en: <https://bit.ly/2GXan4U>
14. Universidad Nacional Autónoma de México. Ley Federal del Trabajo. UNAM. [Sitio en Internet]. [consultado 22 Abril 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2N65ZjK>
15. Casal M., Pinal-Fernández L. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. Archivos de Medicina. [Internet]; 2014 [consultado 11 Marzo 2018]; 10(2:2): 1-18. Disponible en: <https://bit.ly/2LaWTSI>

16. Cardoso MA, Zarco A, Aburto IA., Rodríguez MA. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. Revista FACMED. [Internet]; 2014 [consultado 05 mayo 2017]; 57(5). 32-42. Disponible en: <http://bit.ly/2nHJZ61>
17. Amaya EL., Tello CA. Vivencias del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo 2012. Enferm. Investig. Desarro. [Internet]; 2014 [consultado 05 marzo 2017]; 12(2): 60-71. Disponible en: <https://bit.ly/2H72XMk>
18. Domínguez A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. Salud colectiva [Internet]; 2017 [consultado 18 noviembre 2017]; 13(3):375-390. Disponible en: <http://bit.ly/2zPOP7M>
19. Cruz-Bello P., Vizcarra-Bordi I., Kaufer-Horwitz M. et al. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Papeles de Población. [Internet]; 2014 [consultado 22 abril 2017]; 20(80): 119-144. Disponible en: <https://bit.ly/2Bqarqs>
20. Silva de Faria AP., Bellato R. The everyday life of people living with the chronic condition of diabetes mellitus. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]; 2009 [consultado 09 noviembre 2018]; 43(4): 752-758. Disponible en: <https://bit.ly/2OVA9a5>
21. Hernández SM., Hueso C., Montoya R. et al. Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Cultura de los Cuidados. [Internet]; 2016 [consultado 24 de enero 2019]; Año XX (44): 75-90. Disponible en: <https://bit.ly/2VmmZ9t>
22. Cortés B., Tzontehua I., Ramírez N. et al. Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm. [Internet]; 2016 [consultado 22 abril 2017]; 6(3):28-37. Disponible en: <http://bit.ly/2cUiQnq>

23. García R., García M., Suárez R. et al. Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología. [Internet]; 2009 [consultado 27 noviembre 2017]; 20(3):89-103. Disponible en: <https://bit.ly/2H55LJS>
24. Azzollini S., Bail V., Vidal V. Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Facultad de psicología- anuario de investigaciones. [Internet]; 2011 [consultado 21 junio 2017]; Vol. XVIII: 323-330. Disponible en: <https://bit.ly/2VIDqmv>
25. Guillén-Cadena DM., Flores-Atilano B. Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo. Revista CONAMED. [Internet]; 2018 [consultado 20 febrero 2019]; 23(4): 182-189. Disponible en: <https://bit.ly/2T0yDtW>
26. López-Ramón C., Ávalos-García MI. Diabetes Mellitus tipo 2: barreras y perspectivas en el control del paciente. Horizonte Sanitario. [Internet]; 2013 [consultado 22 abril 2017]; 12(2): 63-69. Disponible en: <https://bit.ly/2PC980q>
27. González N., Tinoco AM., Benhumea LE. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos. [Internet]; 2011 [consultado 06 marzo 2017]; 14 (32): 258-279. Disponible en: <https://bit.ly/2dJGYLu>
28. Teston EF., Sales CA., Marcon SS. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. Esc. Anna Nery. [Internet]; 2017 [consultado 22 abril 2017]; 21(2): 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2H2Fjke>
29. Barbera N., Inicarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. Multiciencias. [Internet]; 2012 [Consultado 29 de mayo 2017]; 12 (2): 199-205. Disponible en: <https://bit.ly/2BiaLEO>



30. Bautista NP. Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, Metodología y aplicaciones. Colombia. Manual Moderno; 2011. 52-55
31. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo I: la tesis de la actitud natural y la desconexión de la misma. 31. Cambio radical de la tesis natural. La desconexión, la colocación entre paréntesis. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 69-73.
32. García-Baró M. Quinta lección. En: García- Baró M. La idea de la fenomenología. Edmund Husserl. Cinco lecciones. México. Fondo de Cultura Económica; 1982. P. 79-90.
33. Gaos J. Sección primera. Las esencias y el conocimiento de ellas. Capítulo I: Hechos y esencias. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949.
34. García-Baró M. Primera lección. En: García- Baró M. La idea de la fenomenología. Edmund Husserl. Cinco lecciones. México. Fondo de Cultura Económica; 1982. P. 25-36.
35. García-Baró M. Tercera lección. En: García- Baró M. La idea de la fenomenología. Edmund Husserl. Cinco lecciones. México. Fondo de Cultura Económica; 1982. P. 53-65.
36. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo I: la tesis de la actitud natural y la desconexión de la misma. 29. Los otros sujetos-vos y el mundo circundante natural e intersubjetivo. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 68.
37. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II: la conciencia y la realidad natural. 35. El cogito como acto. La modificación de inactualidad. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una

- fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 79-81.
38. García-Baró M. Segunda lección. En: García- Baró M. La idea de la fenomenología. Edmund Husserl. Cinco lecciones. México. Fondo de Cultura Económica; 1982. P. 37-51.
39. Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. Teología y Vida. [Internet]; 2006 [consultado 30 de agosto 2018]: XLVII: 517 – 529. Disponible en: <https://bit.ly/2TCGdHO>
40. Gaos J. El estudio fenomenológico de las reflexiones sobre las vivencias. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 176- 180.
41. Gaos J. El estudio fenomenológico de las reflexiones sobre las vivencias. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949.
42. Ayala R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. RIE. [Internet]; 2008 [consultado 30 de mayo 2017]; 26(2). 409-430. Disponible en: <https://bit.ly/2BrpO20>
43. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo I: la tesis de la actitud natural y la desconexión de la misma. 28. El cogito mi mundo circundante natural y los mundos circundantes ideales. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 66-68.
44. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Investigación y Educación en Enfermería. [Internet]; 2000 [consultado 03 junio 2017]; XVIII (1): 27-35. Disponible en: <https://bit.ly/2rvc15C>

45. Cardoso MA., Pascual R., Moreno GM., Figueroa ME., Serrano C. Investigación cualitativa y fenomenología en salud. Vertientes. [Internet]; 2007 [consultado 19 mayo 2017]; 10(1-2). 25-32. Disponible en: <https://bit.ly/2ljlMgo>
46. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo II: Estructuras universales de la conciencia pura. 86. Los problemas funcionales. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 209.
47. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II. La conciencia y la realidad natural. 36. Vivencia intencional. Vivencia en general. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 81-83.
48. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo IV: Las reducciones Fenomenológicas. 57. La cuestión de la desconexión del yo. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 133
49. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II: La conciencia y la realidad natural. 37. El “estar dirigido a” del yo puro en el cogito y el atender aprehensor. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 83-85.
50. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo II: Estructuras universales de la conciencia pura. 84. La intencionalidad, tema fenomenológico capital. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 198-202.

51. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II: La conciencia y la realidad natural. 38. Reflexiones sobre actos inmanentes y trascendentales. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 85-87.
52. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II: la conciencia y la realidad natural. 45. La vivencia no percibida y la realidad en sentido estricto no percibida. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 103 y 104.
53. Gaos J. Sección segunda. Meditación fenomenológica fundamental. Capítulo II: La conciencia y la realidad natural. 39. La conciencia y la realidad natural. La concepción del hombre ingenuo. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 87-89.
54. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo II. Estructuras universales de la conciencia pura. 82. El triple horizonte de las vivencias es a la vez el horizonte de la reflexión sobre las vivencias. En Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 194-196.
55. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo III: Nóesis y Nóema. 88. Ingredientes y componentes de las vivencias. El nóema. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 212-215.
56. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo III: Nóesis y Nóema. 90. El sentido noemático

- y la distinción de objetos immanentes y objetos reales. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 217-220.
57. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo II: estructuras universales de la conciencia pura. 77. La reflexión como peculiaridad fundamental de la esfera de las vivencias. Estudios en la reflexión. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 172-175.
58. Gaos J. Sección tercera. Sobre el método y los problemas de la fenomenología pura. Capítulo II: estructuras universales de la conciencia pura. 78. El estudio fenomenológico de las reflexiones sobre las vivencias. En: Gaos J. Edmund Husserl. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. P. 176-178.
59. Diccionario de la Real Academia Española. [Sitio en Internet]. [consultado el 12 de mayo 2017]. Disponible en : <https://bit.ly/2DWrBi2>
60. Lifshitz A. El paciente. En Fajardo G. Gerencia y administración estratégica de la atención médica. Panamericana; 2015. P. 39-51.
61. Martínez F. Dos modelos de enfermedad. En Martínez F. Enfermedad y padecer. Impresiones modernas. México; 1983. P. 3-17.
62. Martínez F. Enfermedad y padecer. En Martínez F. Enfermedad y padecer. Impresiones modernas. México; 1983. P. 31-44.
63. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.

64. Apps, J. Dirección de un examen crítico en las prácticas de educación permanente. Rev. Edu. [Internet]; 1991 [Consultado 28 de agosto 2018]; 294: 133-137. Disponible en: <https://bit.ly/2LGhcGB>
65. Bermúdez A., Cárdenas M., Fernández V. et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. ENEO-UNAM. 2013. [Sitio en Internet]. [consultado 22 de octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2ay4D0E>
66. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. CONAMED. [Sitio en internet]. [consultado 19 abril 2019] .Disponible en: <https://bit.ly/1RcRTdT>
67. Gómez CI. Los Pueblos y la Ciudad de México. En: Álvarez L. Pueblos urbanos. Identidad, ciudadanía y territorio en la Ciudad de México. México: CEIICH-UNAM; 2011. V-XV.
68. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Pobreza y evaluación en el Distrito Federal 2012. CONEVAL. [Internet]; 2012 [Consultado 28 de agosto 2018]: 1-58. Disponible en: <https://bit.ly/2BQSOBN>
69. Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México [Sitio en internet]. [consultado 16 de mayo 2017] .Disponible en: <http://bit.ly/2qQDo9W>
70. Unidad de Microrregiones. Cédula de Información Municipal. [Sitio en internet]. [consultado 09 de julio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Lkhunq>
71. González N., Tinoco AM., Benhumea LE. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos. [Internet]; 2011 [consultado 06 marzo 2017]; 14 (32): 258-279. Disponible en: <https://bit.ly/2dJGYLu>
72. Cortés B., Tzontehua I., Ramírez N., García B. Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. Rev. iberoam. educ. investi.

- Enferm. [Internet]; 2016 [consultado 13 enero 2019] 6(3):28-37. Disponible en: <https://bit.ly/2Uf3BhZ>
73. López C., Ávalos-García MI. Diabetes Mellitus tipo 2: barreras y perspectivas en el control del paciente. Horizonte Sanitario. [Internet]; 2013 [consultado 27 octubre 2018]; 12 (2): 63-69. Disponible en: <https://bit.ly/2PC980q>
74. Hoyos TN., Arteaga MV., Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Invest. Educ. Enferm. [Internet]; 2011 [consultado 03 diciembre 2018]; 29(2): 194-203. Disponible en: <https://bit.ly/2WDwSR3>
75. Andrade S., Antonio MT., Cerezo AM. Creencias en salud de la persona que vive con diabetes. Desarrollo Cientif. Enferm. [Internet]; 2012 [consultado 03 noviembre 2018]; 20(8): 255- 260. Disponible en: <https://bit.ly/2JTcHwL>
76. López-Amador KH., Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos alimenticios, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos de medicina familiar. [Internet]; 2007 [consultado 20 diciembre 2018]; 9(2): 80-86. Disponible en: <https://bit.ly/2UjKMdk>
77. Cardoso MA. ¿Por qué no dejan de comer lo acostumbrado? Reacciones fisiopatológicas y psicógenas configuradas culturalmente entre el plan de alimentación biomédico para controlar la diabetes tipo 2. eã Journal. [Internet]; 2017 [consultado 08 abril 2019]; 9(1): 79-100. Disponible en: <https://bit.ly/2GgrhdY>
78. Torres- López T., Sandoval-Díaz M., Pando –Moreno M. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública. [Internet]; 2005 [consultado 15 diciembre 2018]; 21(1):101-110. Disponible en: <https://bit.ly/2HKwLQh>
79. Campos-Navarro R., Torrez D., Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad

- de México. Cad. Saúde. Pública. [Internet]; 2002 [consultado 03 octubre 2018]; 18(5):1271-1279. Disponible en: <https://bit.ly/2qVI271>
80. López C., Ávalos MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]; 2013 [consultado 08 octubre 2018]; 39 (2): 331-345. Disponible en: <https://bit.ly/2KhAkM7>
81. García-Reza C., Campuzano EC., Gómez D., Toxqui MJG., Sosa BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. Revista de Enfermagem. [Internet]; 2014 [consultado 29 diciembre 2018]; 18(4):562-569. Disponible en: <https://bit.ly/2Arocae>
82. Bolaños E., Sarría-Santamera A. Perspectivas de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten. Primaria. [Internet]; 2003 [consultado 15 junio 2018]; 32(4):195-202. Disponible en: <https://bit.ly/2FR3PDH>
83. Reyes-Morales H., Flores-Hernández S., Saucedo-Valenzuela AL., Vértiz-Ramírez JJ., Juárez-Ramírez C., Wirtz V. et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud de México. Salud Pública Mex. [Internet]; 2013 [consultado 25 enero 2019]; 55; suplemento 2: S100-S105. Disponible en: <https://bit.ly/2HVsiu2>
84. Hernández-Ibarra LE., Mercado-Martínez FJ. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. Salud Pública Mex. [Internet]; 2013 [consultado 28 enero 2019]; 55(2): 179-184. Disponible en: <https://bit.ly/2CT7RKa>
85. Ávila-Sansores GM., Gómez-Aguilar P., Yam-Sosa AV., Vega-Argote G., Franco Corona. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. [Internet]; 2013 [consultado 20 octubre 2018]; 13 (3): 373-386. Disponible en: <https://bit.ly/2zi1MVU>



# **ANEXOS**

## **Anexo 1: Estrategia de búsqueda**

Para iniciar con la revisión de la literatura se identificaron los siguientes términos: vivencias; padeciente; diabetes tipo 2 y empleo, como palabras clave del estudio, posteriormente se accedió al portal en línea de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), para la identificación de los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH; sin embargo, fue necesario identificar términos alternativos para localizar descriptores dentro del vocabulario estructurado indexado en la literatura científica, los cuales se muestran en la siguiente tabla.

<b>Palabra clave</b>	<b>Términos alternativo</b>	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
Vivencias	Experiencias	Acontecimientos de la vida	Life Change Events
Padecientes	Paciente	Paciente	Patients
Diabetes Mellitus Tipo 2	Diabetes Mellitus Tipo 2	Diabetes Mellitus Tipo 2	Diabetes Mellitus Type 2
Empleo	Trabajo	Lugar de trabajo	Workplace

La estrategia de búsqueda partió del uso libre de palabras clave, así como de las combinaciones siguientes de términos alternativos, DeCS y MeSH:

- A.** Vivencias and diabetes mellitus tipo 2
- B.** Experiencias and diabetes mellitus tipo 2
- C.** Acontecimientos de la vida and paciente and diabetes mellitus tipo 2 and lugar de trabajo.
- D.** Workplace and Life Change Events and Diabetes Mellitus Type 2
- E.** Workplace and Diabetes Mellitus Type 2.

La búsqueda se realizó en diversas bases de datos como: Scielo, Medline, BVS, LILACS, Redalyc. Utilizando como filtros las publicaciones de los últimos 5 años, la cual se amplió a 10 años, partiendo del 2008 al 2018 para contar con mayor número de perspectivas acerca del fenómeno de estudio.

## Anexo 2: Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**Carta de consentimiento Informado para protocolo de investigación.**

**Vivencias de padecientes de diabetes tipo 2 que laboran en el mercado San Miguel Topilejo, Tlalpan.**

Como parte de una actividad de investigación del programa de Maestría en enfermería, se está realizando un estudio a personas con diabetes mellitus tipo 2 para evaluar las vivencias de padecientes que laboran en el mercado San Miguel Topilejo, Tlalpan; con la finalidad de describir al padeciente de diabetes mellitus tipo 2 para su incursión conceptual en el campo biomédico, favoreciendo su atención en las unidades médicas.

Considerando lo anterior solicitamos su valiosa participación para formar parte del estudio, le informamos que toda información que usted proporcione será totalmente anónima y confidencial, teniendo acceso a la información, solo la investigadora responsable del estudio.

Cualquier duda respecto al proyecto de investigación, usted puede comunicarse a los teléfonos: **58 48 31 91 y 044 55 65 14 36 08**, con la **Lic. Enf. Yazmin Villarreal Espinosa** responsable del estudio.

***He recibido la información relativa a este estudio y tengo suficiente conocimiento sobre mi participación en el mismo, dando así mi AUTORIZACIÓN para PARTICIPAR.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

Fecha \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Febrero- Abril 2017	Mayo – Julio 2017	Agosto- octubre 2017	Noviembre- Diciembre 2017	Febrero- Abril 2018	Mayo – Julio 2018	Agosto- octubre 2018	Noviembre- Diciembre 2018	2019
Revisión de la literatura									
Planteamiento del problema									
Pregunta de investigación									
Construcción de Objetivos									
Metodología									
Recolección de datos									
Análisis de datos									
Resultados preliminares									
Resultados finales Discusión Conclusiones									
Reporte final									