



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

HABILIDADES DE CUIDADO DESARROLLADAS EN LA FAMILIA ANTE LA
DIABETES

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

EN CIENCIAS SOCIO-HUMANÍSTICAS

PRESENTA:

L.E. DULCE ELENA CASTILLO VILLEGAS

TUTORA

DRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, UNAM

Ciudad de México, marzo 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 5 de febrero del 2021.

LIC. EN ENF. DULCE ELENA CASTILLO VILLEGAS
No. de Cuenta 311318762

P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 5 de febrero del 2021, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

“HABILIDADES DE CUIDADO DESARROLLADAS EN LA FAMILIA ANTE LA DIABETES”.

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctora Diana Cecilia Pancardo Tapia
Vocal : Doctora Rosa María Ostiguín Meléndez
Secretario : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Suplente : Maestra Rosa A. Zárate Grajales
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez

Sin más por el momento, me despido.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme una formación profesional con experiencias excepcionales como lecciones de vida.

Al Programa de Maestría en Enfermería y profesores, por darme la oportunidad de un crecimiento profesional, permitirme cumplir un sueño y conocer personas maravillosas.

Principalmente a la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez por creer y confiar en mí, darme la oportunidad de poder formar experiencias únicas, por impulsarme a crecer profesionalmente y como persona, gracias por sus enseñanzas, consejos, tiempo, así como, acompañamiento en este arduo proceso.

Además, a la Mtra. Rosa Amarilis Zárate, Dra. Gandhi Ponce, Dr. Marco Antonio Cardoso y a la Dra. Diana Tapia, por su tiempo y valiosas aportaciones a este trabajo.

A mis compañeras y amigas de la maestría, a Quetzalli, que siempre me apoyo y transmitió energía muy linda, Adoración, por sus valiosos consejos y palabras de aliento, Anita, que al compartir aquellos momentos de estrés me animó y reímos juntas y a Paula, por estar ahí y darme ánimo cuando lo necesitaba.

A los informantes de esta investigación, por el tiempo y espacio ofrecido, por abrirse conmigo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca concedida.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN306819: Diseño y evaluación de un modelo de formación en Practica Avanzada de Enfermería para la atención primaria la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: Fase Diagnostica.

Dedicatoria

A Dios, por mostrarme el sendero y luz, por todas las bendiciones que me da, por su amor.

A mis padres, Encarnación y Elena, que son mi mayor bendición en la vida, porque siempre están conmigo impulsándome a ser mejor persona, por cuidarme, amarme y brindarme su apoyo incondicional... gracias por estar en mi vida, por ser mis padres... los amo muchísimo.

A mi hermana Diana Larissa por su apoyo, paciencia, por tranquilizarme cuando lo necesitaba. A mi hermana Azul Alondra, por animarme a seguir adelante, no dejarme desistir, por sus consejos de vida... a las dos gracias por ayudarme a ser más fuerte, por esas risas imparables y momentos maravillosos.

A mis abuelitos, Meli, Martín, Eugenia y Pablo, aunque algunos físicamente ya no están, estoy segura que todos comparten conmigo la alegría por este sueño realizado, y bendicen mi camino.

A mis tías, Juani, Joaquí, Lupe y mis primas Iris, Evi y Bren por alegrarse ante mis logros, compartir alegrías, por estar ahí cuando lo necesitaba.

Siembra las semillas de la esperanza en tu mente, cultiva pensamientos que anticipen la realización de tus metas y cree en ti mismo como una persona capaz de superar todos los obstáculos y debilidades.

-Norman Vincent Peale-

Resumen

Introducción. La familia es un sistema que requiere cambios contundentes ante la diabetes, que exigen el desarrollo de habilidades de cuidado. Por lo que, enfocar el tema ante las demandas de reeducación puede favorecer la prevención de complicaciones, ofreciendo un espacio de oportunidad para la enfermería familiar contemporánea.

Objetivo. Identificar las habilidades de cuidado que desarrolla una familia mexicana con una persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Metodología. Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo; a través de la técnica de bola de nieve se identificaron tres familias urbanas tipo nuclear de nivel socioeconómico medio, con integrantes mayores de 18 años y un miembro diagnosticado con DM2. La información se recolecto por entrevistas semi-estructuradas, observación no participante, grupos focales y notas de campo; el análisis fue de temático. Se preservó la confiabilidad, transferibilidad y credibilidad del estudio considerando la reflexibilidad, la validación de información y una descripción minuciosa de la metodología, los participantes y su contexto.

Resultados. El desarrollo de las habilidades se dio en del proceso de adaptación de la familia a la enfermedad, que permitió comprender, motivar y acompañar a la persona enferma, para el bienestar familiar. Tres habilidades de cuidado emergen constantemente:

1. Conocimiento, en torno a las necesidades alimentarias, farmacológicas y ejercicio; limitaciones, entre ellas la familia como un entorno ajeno a la alimentación y paralelamente, se identifican fortalezas en el cuidado, como la fuerza de voluntad y la solidaridad familiar.
2. Valor, se configura a partir de la unión para tomar de decisiones y la construcción de redes de apoyo establecidas en la familia.

3. Paciencia, implica la comprensión del otro, como resultado de la empatía y generar conciencia de la enfermedad, que permite afrontar problemas, emprender un aprendizaje y empoderar a la persona enferma.

Conclusiones. Durante el proceso de adaptación familiar a la condición de cronicidad de la diabetes se desarrollan tres habilidades: conocimiento, valor y paciencia en torno a necesidades que involucra la unión familiar a través de la comprensión, convirtiéndose en un bucle infinito, por ello, es importante considerar la dinámica familiar en la atención primaria de diabetes para establecer estrategias de enseñanza y abordaje.

Abstract

Introduction. The family is a system that requires strong changes in the face of diabetes, which require the development of care skills. Therefore, approaching the issue to the demands of re-education can favor the prevention of complications, offering a space of opportunity for contemporary family nursing.

Objective. Identify the care skills that a Mexican family develops with a person with type 2 diabetes mellitus (DM2).

Methodology. Qualitative exploratory and descriptive study; through the snowball technique, three urban nuclear-type families of medium socioeconomic level were identified, with members over 18 years of age and one member diagnosed with DM2. The information was collected through semi-structured interviews, non-participant observation, focus groups and field notes; the analysis was thematic. The reliability, transferability, and credibility of the study were preserved, considering the reflectance, the validation of information, and a detailed description of the methodology, the participants, and their context.

Findings. The development of skills occurred in the process of adaptation of the family to the disease, which allowed understanding, motivating and accompanying the sick person, for family well-being. Three care skills are constantly emerging:

1. Knowledge, around food, pharmacological and exercise needs; limitations, including the family as an environment other than food and in parallel, strengths in care are identified, such as willpower and family solidarity.

2. Courage, is configured from the union to make decisions and the construction of support networks established in the family.

3. Patience, implies understanding the other, as a result of empathy and generating awareness of the disease, which allows to face problems, undertake learning and empower the sick person.

Conclusions. During the process of family adaptation to the chronic condition of diabetes, three skills are developed: knowledge, courage and patience around needs that involve family unity through understanding, becoming an infinite loop, therefore, it is important consider family dynamics in primary diabetes care to establish teaching and approach strategies.

Índice

1. Problematización	12
2. Revisión del estado del arte	15
3. Pregunta de interés	18
4. Objetivos	18
5. Marco conceptual	
5.1 Habilidad del cuidado: Nkongo	19
5.2 Cuidado: Milton Mayeroff	21
5.3 Diabetes mellitus tipo 2	26
5.4 La familia mexicana	28
5.5 El impacto de la diabetes mellitus en la familia	30
6. Metodología	
6.1 Fundamentación metodológica	32
6.2 Selección de los participantes	32
6.3 Características de las participantes	33
6.4 Contexto	33
6.5 Familia A	
6.5.1 Descripción del contexto familiar	36
6.5.2 Tabla de composición	37
6.5.3 Descripción de la familia	37
6.6 Familia B	

6.6.1 Descripción del contexto familiar	38
6.6.2 Tabla de composición	40
6.6.3 Descripción de la familia	40
6.7 Familia C	
6.7.1 Descripción del contexto familiar	41
6.7.2 Tabla de composición	42
6.7.3 Descripción de la familia	44
6.8 Recolección de datos	46
6.9 Criterios de Rigor científico	47
6.10 Consideraciones éticas	48
6.11 Análisis de los datos	50
7. Hallazgos	51
7.1 Categoría: La adaptación de la familia a la diabetes	53
7.1.1 Subcategoría: Elementos que conforman la adaptación	53
7.1.2 Subcategoría: Características de la adaptación	57
7.1.3 Subcategoría: El apoyo en la adaptación	59
7.2 Categoría: Conocimiento de la familia	59
7.2.1 Subcategoría: Las necesidades básicas del otro	61
7.2.2 Subcategoría: Limitaciones alimentarias	63
7.2.3 Subcategoría: Las fortalezas para regular la alimentación	66
7.3 Categoría: El valor familiar	67

7.3.1 Subcategoría: Toma de decisiones en la alimentación	67
7.3.2 Subcategoría: Redes de apoyo	70
7.4 Categoría: Paciencia con los otros	71
8. Discusión	74
9. Conclusiones	81
10. Limitaciones del estudio	83
Anexos	
Anexo 1. Concepto de habilidad de cuidado: Ngozi Nkongho y Barrera	84
Anexo 2. Gráfica: Número de hogares en México: 2015.	85
Anexo 3. Gráfica: Tamaño promedio del hogar por entidad federativa: 2015.	85
Anexo 4. Gráfica: Hogares familiares por tipo 81	86
Anexo 5. Localización y distribución territorial de la Alcaldía Xochimilco.	87
Anexo 6.- Población de la Alcaldía Xochimilco	88
Anexo 7. Viviendas en la Alcaldía de Xochimilco	89
Anexo 8. Indicadores de desarrollo humano en la Alcaldía Xochimilco	90
Anexo 9. Características educativas en la Alcaldía de Xochimilco	91
Anexo 10. Tipos de hogares en la Alcaldía Xochimilco	92
Anexo 11. Características de los servicios de salud públicos en la Alcaldía Xochimilco.	93
Anexo 12. Características económicas de la Alcaldía de Xochimilco	94
Anexo 13. Tasa de participación económica por sexo en la Alcaldía de Xochimilco.	95
Anexo 14.- Marginación en la Alcaldía de Xochimilco	95
Anexo 15.- Guía de entrevista	96
Anexo 16. Formato del consentimiento informado	97
Referencias bibliográficas	98

1. PROBLEMATIZACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico integral, crónico-degenerativo, influenciado por factores ambientales y caracterizado por hiperglucemia crónica^{1,2,3,4}, se considera una de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) de carácter prioritario al ser una patología con altos niveles de incidencia y prevalencia en los sistemas de salud pública, a nivel mundial en el 2014 se diagnosticaron 422 millones de personas y se estima que en el 2040 esta cifra aumente a 642 millones. Según la Federación Internacional de Diabetes (FDI)⁸, México es el sexto país con mayor número de casos registrados, en 2016 se reportó al 10.3% de las mujeres y al 8,6% de la población masculina nacional* con esta patología.

Aunado a ello, se considera como una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas⁵, comorbilidades que frecuentemente conllevan complicaciones en la calidad de vida, el incremento de los años de vida saludables perdidos y con discapacidad.

La DM2 es la primera causa de mortalidad en el país, se reportaron 1,5 millones de muertes en 2012 ^{6,7}, si bien, la patología afecta a todas las clases sociales, hay mayor énfasis en la población de bajos recursos económicos asentada en las áreas urbanas^{8,9,10,11}, frecuentemente explicable por la necesidad de comprar medicamentos, realizar un monitoreo clínico cuyo precio es alto. Aunque, los costos asociados a esta enfermedad son significativos para los servicios de salud, el 51% involucrado proviene de los ingresos familiares, afectando su economía¹². Al respecto Rogero¹³, refiere que el cuidado familiar tiene un intenso impacto monetario y social en el interior de los hogares, manifestado por deterioro físico, mental y emocional, amenazando su equilibrio.

* La población total de México en 2016 fue de 127, 500, 000 millones de personas.

La familia es un sistema que sufre cambios contundentes ante la enfermedad crónica, por la demanda de adaptación, que dependerá en gran medida de las características del núcleo familiar y sus integrantes, como: el rol que desempeñe en la misma, la etapa en que se encuentre y el momento de la vida de cada persona^{14,15}. Por lo que, el abordaje familiar de la enfermedad es diverso, pero enfocado a ser una red de seguridad y apoyo de las demandas requeridas. De ahí, que se den dos tipos de reacciones:

- a) Se fortalezca la relación familiar con el consecuente desarrollo de hábitos saludables y mejorar la comunicación intrafamiliar.
- b) Se generen conflictos en la familia que impacten a la persona con diabetes y dificulten el seguimiento o control de la enfermedad, ofreciendo condiciones para la aparición de co-morbididades^{16,17,18}.

Sin duda, la presencia de una patología crónica implica la redistribución del gasto familiar ante un horizonte de incertidumbre y de nuevas rutinas, sujetas a la mejoría o no, de quien está enfermo, situación que constituye una experiencia familiar ante y con la enfermedad que repercute en cada integrante del núcleo, quienes deberán desarrollar habilidades diversas para contener con el cuidado a largo plazo.

Las familias frente a la enfermedad crónica re direccionan su proyecto de vida para satisfacer las necesidades de la persona enferma, sin embargo, el cuidado representa un desafío por la falta de visibilidad social^{19,20}, la presencia de una difusión afectiva caracterizada por sentimientos de soledad, tristeza, desánimo, desconcierto, angustia y enojo, que se minimizan con el apoyo familiar. Aunque se ha observado que la presencia de ánimo, empatía y fortaleza en la familia para comprender el proceso y problemas propios de la enfermedad llevan a la satisfacción y tranquilidad²¹, no siempre se logra porque la persona con diabetes se siente criticado, fastidiado o culpable^{22, 23}.

Lo anterior, implica que la propia familia y de los servicios de salud consideraren negociar dentro de la misma el desarrollo de conocimientos, habilidades o competencias para enfrentarla ^{18, 24}.

Si bien, numerosas son las investigaciones que se han enfocado al estudio de la diabetes, pocos son aquellas que la abordan considerando la familia como sujeto, y aún menos en relación al explorar las habilidades que desarrolla cada uno de los integrantes, y no solo en el cuidador primario^{25,26}.

Las habilidades del cuidado resultan ser un recurso sustantivo para el éxito de buenas prácticas de salud y un referente positivo para la atención de personas con enfermedad crónica, son una manera de relacionarse con el receptor de este, es una forma de vivir y no una tarea colateral²⁷ y que se ha explorado principalmente en países latinoamericanos²⁸. Las habilidades de cuidado se han explorado y se centran en mujeres cuidadoras²⁹ de personas con enfermedades crónicas como el cáncer^{30,31}, accidentes cerebrovasculares³² y diabetes^{24,33,34}, dejando fuera de la mirada del conjunto familiar. Las habilidades de cuidado tienen tres componentes: a) el conocimiento, b) el valor y c) la paciencia. En general los estudios coinciden en que la habilidad de conocimiento y paciencia son las más desarrolladas en contrapunto con el valor²⁸, en el que se ve deficiencia y la necesidad de fomentar. En lo respecta al cuidado de la persona con diabetes, hay una realidad compleja para los cuidadores²⁸ debido a la falta de comprensión sobre el desarrollo de la enfermedad, al cuidado cotidiano mediado por prácticas del saber científico o popular^{29,35}, a sentimientos de angustia e incertidumbre por la variabilidad³⁶, el difícil manejo de la enfermedad³⁷, la falta de apoyo familiar y social para mantener cambios en el estilo de vida^{14, 41, 38, 39}. Sin embargo, no se ha explorado la habilidad del cuidado en el núcleo familiar, únicamente en el cuidador principal.

Las habilidades de cuidado se desarrollan según la literatura independientemente de la escolaridad, pero se ven influenciadas por el género, la edad, y el tiempo de desarrollo del cuidado, de ahí que en su mayoría sean las mujeres las dedicadas al cuidado o que los conocimientos, toma de decisiones y pericia se relacionan al tiempo desarrollado con la enfermedad^{18,40}.

El desarrollo de habilidades de cuidado acompañados por enfermería puede ser un factor que incida en la prevención de complicaciones, por lo que enfocar el tema en la visión de todos los integrantes de una familia ante las demandas de reeducación

familiar, influenciada por la edad, género y tiempo dedicado al cuidado del otro, así como años de convivir con la enfermedad, sin duda es un espacio de oportunidad para la enfermería familiar contemporánea, así como conocer desde la visión de las familias cual el perfil del profesional de enfermería en relación el plan de acción que se ejecute para el cuidado de la diabetes .

De ahí, parte el interés de explorar las habilidades de cuidado de una familia mexicana con una persona con diabetes, para identificar los conocimientos adquiridos por la familia para el cuidado de la persona con diabetes, reconocer las actitudes de los integrantes de la familia y exponer los valores que la familia identifica como sustantivos para el cuidado de la persona con enfermedad crónica, como parte del proyecto PAPIIT(IN306819)-PAPIME(202619): Modelo de formación en Práctica Avanzada de Enfermería para la Atención Primaria a la Salud en el cuidado de personas con enfermedad crónica (DM, HTA, con dependencia leve a moderada) con enfoque de familia.

2. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como una enfermedad crónica actualmente está muy presente a nivel mundial y en la población mexicana e implica en la familia procesos varios para contender con los cambios necesarios del estilo de vida para el control glicémico; desafortunadamente esto no siempre se logra por diversos factores, entre los que destaca el intenso impacto que causa el cuidado familiar al interior de los hogares, tanto en lo económico como en lo social, lo que lleva a una sobrecarga de cuidado manifestada en un deterioro en diversos ámbitos, desequilibrando la dinámica familiar^{13, 16,17}. Estudios dan a conocer que la relación entre personas con algún vínculo familiar interviene en el proceso salud-enfermedad, particularmente aquellas que padecen enfermedades crónicas, en donde aspectos como el espacio, tiempo de cuidado, género de quienes cuidan, condiciones de vida y la sociedad donde se vive intervienen³⁰.

En el marco de la cultura el sistema familiar comparte una búsqueda de soluciones y estrategias con apoyo de recursos propios en favor del control del

padecimiento^{28,29}, por ejemplo: se realiza una búsqueda de información con la finalidad de desarrollar una sensibilidad e ideas para el manejo adecuado o en ocasiones se opta por la negociación dentro del ámbito familiar frente a diferentes circunstancias, como la privación de ciertos alimentos en pro a la persona enferma^{18,31,32,33}. Dichos aspectos involucran una reconstrucción de creencias, valores y comportamientos asociados al control²¹, además de una reeducación familiar y el desarrollo habilidades de cuidado *a priori*, en tres dimensiones: querer, tener opciones para elegir y decidir, con el fin de reducir la sobrecarga que se produce^{1,42}.

De ahí el desarrollo de la habilidad cuidado, concepto del cual existe una ambigüedad en su definición, a pesar de que se tiene registros de su estudio desde 1990³⁴ por Nkongo⁴¹, quien la refiere como la manera de relacionarse con el receptor del cuidado, que requiere una intención de compromiso para interactuar y el comprender la habilidad del cuidador como una forma de vivir y no como una tarea colateral, y Barrera⁴² la reconoce como el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica.

Los estudios que exploran la de habilidad de cuidado se han realizado en su mayoría en países Latinoamericanos, especialmente en Colombia y Chile, dichas investigaciones se han enfocado al cuidador primario, de ahí se reconoce que el desarrollo de estas no depende de la escolaridad, por el contrario, el género, la edad, y el tiempo de desarrollo del potencial de cuidado, si influyen, porque suele visualizarse a la mujer como la cuidadora innata de la familia, además entre mayor sea el periodo de contacto con la enfermedad se obtienen más conocimientos, se adquiere la destreza para tomar decisiones asertivas, se identifican y establecen redes de apoyo.

Según Nkongho la habilidad de cuidado está compuesta por tres dimensiones, que se pueden desarrollar en diferentes grados: el conocimiento, el valor y la paciencia; estos elementos se consideran herramientas para brindar un cuidado adecuado,

frente al bienestar y calidad de vida de la persona enferma, así como de su familia⁴¹. Desafortunadamente estos componentes constantemente se ven afectados por la falta de condiciones y/o la deficiencia de habilidades por parte de los cuidadores familiares ⁴³, lo anterior deja ver que existen dificultades asociadas a la falta de apoyo familiar y reconocimiento del rol, que lleva a sentir temor, preocupación o un rechazo ante el círculo social^{9,15}.

En cuanto al conocimiento se sabe que hay una deficiencia con respecto al reconocer quien es la persona a la que se cuida, además tanto el cuidador como la persona enferma conocen poco el aspecto fisiológico, por lo que hay un vacío que abre interrogantes y en ocasiones lleva a respuestas mágico-religiosas, lo que en algunos casos minimiza la situación y se favorece el riesgo de deterioro y el desarrollo de complicaciones asociadas a una falta de cuidado^{14,18}.

En lo que respecta al valor, se obtiene de experiencias previas y se reconoce como la sensibilidad para estar abierto a las necesidades de la persona enferma, esta habilidad está relacionada a la identificación de la red de apoyo y la toma de decisiones. Estudios demuestran que el apoyo social por parte de la familia, los amigos, los compañeros y profesionales de la salud, son sustanciales en el desarrollo de la capacidad de las personas con diabetes para adoptar y mantener cambios en estilos de vida para controlar la enfermedad, de ahí la necesidad de involucrar a la familia en el cuidado de una persona con DM2, por otro lado, los grupos de apoyo favorecen el aumento de confianza en las habilidades individuales para tomar decisiones y desarrollar experiencias de autodeterminación, necesarias en la obtención de conductas de auto-monitoreo y control de la diabetes¹⁴.

La paciencia involucra dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración, además comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento del cuidador familiar y de los otros. Se observa como la falta de tiempo para el cuidado por un ritmo laboral intenso, la ausencia del espacio para la autoexpresión de los integrantes de la familia, así como, bajos niveles de tolerancia ante la desorganización y problemas derivados de la DM2 repercuten negativamente en el desarrollo de esta habilidad. Para mejorar el funcionamiento

de la familia en relación al cuidado, es importante que cada miembro tenga un rol claro y definido, para una función más productiva en el apoyo a la gestión de la diabetes, el establecimiento de estrategias, ser inventivos y co-desarrollar formas alternativas de actuar, incluso alentarse unos a otros a hacer cosas, pero también a atreverse a decir que no, y pensar en cada uno de los integrantes, por lo tanto, las decisiones que se tomen deben basarse en las necesidades individuales, esto lleva tiempo y es gradual por lo que deben esforzarse por lograr la adaptación a una realidad prolongada ^{7,11, 22}.

3. PREGUNTA DE INTERÉS

¿Cuáles son las habilidades de cuidado que desarrolla una familia mexicana con una persona con DM2?

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar las habilidades de cuidado que desarrolla una familia mexicana con una persona con DM2.

Objetivos específicos:

- a) Exponer las razones que impulsan al desarrollo de habilidades de cuidado en los integrantes de la familia.
- b) Identificar los conocimientos adquiridos por la familia para el cuidado de la persona con diabetes.
- c) Reconocer el valor que la familia privilegia en el cuidado de la persona con enfermedad crónica (DM2).
- d) Identificar los elementos que configuran el desarrollo de la paciencia por parte de los integrantes de la familia.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Habilidad de cuidado

La experiencia de cuidar a una persona con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) y la complejidad que engloba crea sobrecarga, ocasiona cambios en el ámbito laboral y financiero; disminuye la calidad de vida y genera sentimientos de angustia y de temor en el cuidador y la familia⁴⁴. En torno a la atención de la persona con enfermedad crónica, se reconoce la importancia del desarrollo de habilidades de cuidado; al respecto la literatura existente, expone diversas perspectivas centrados en la figura del cuidador y no de la familia implicada, de ahí la relevancia de explorar este tema desde el conjunto familiar.

El cuidador demanda apoyo y requiere potencializar las fortalezas individuales a través del desarrollo de habilidades de cuidado. Nkongho⁴¹ reconoce a la habilidad de cuidado, como la manera de relacionarse con el receptor del cuidado y que requiere una intención de compromiso para interactuar. La relevancia de detenerse en la habilidad del cuidador y el significado que se tenga de la persona cuidada está en que son atributos definitivos para el sentimiento de bienestar de esta.

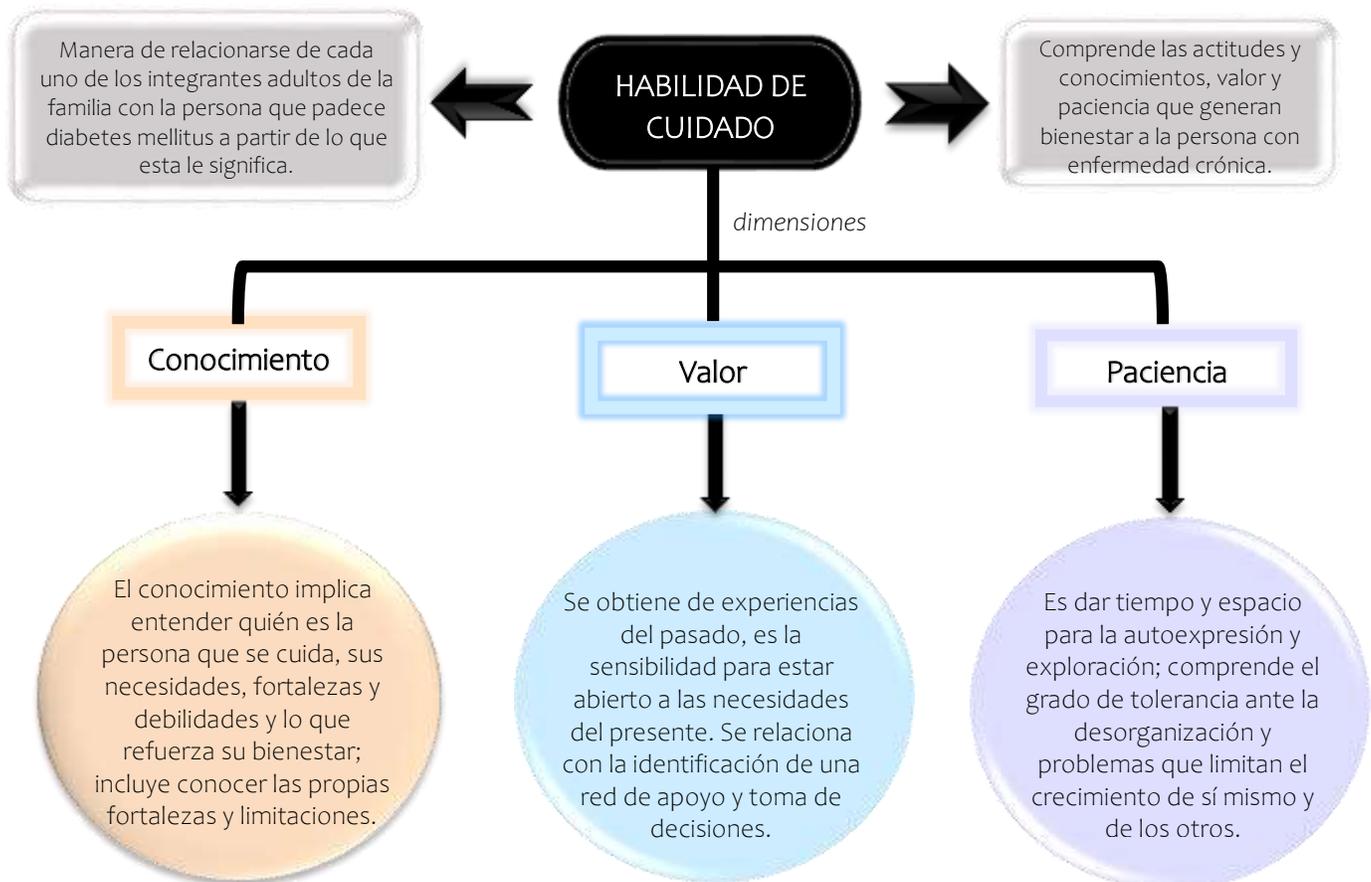
En cambio, Barrera⁴² refiere la **habilidad del cuidado** como la capacidad que tiene el cuidador en su experiencia de cuidado del familiar con enfermedad crónica para establecer la relación, la comprensión y modificación de los estilos de vida. En otras palabras, es el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica (ver anexo 1).

Y desde estos dos clásicos del concepto de habilidad de cuidado, y para fines de este estudio se comprende como la manera y/o capacidad de interactuar de la familia con la persona con diabetes mellitus, para establecer relaciones de comprensión y modificación de estilos de vida a través del conocimiento, valor y paciencia que generan bienestar a la persona con enfermedad crónica. Se aborda

a partir de la dimensión cognoscitiva y actitudinal, es la manera de relacionarse con el receptor del cuidado.

- a) **Conocimiento:** Implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones.
- b) **Valor:** Se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente.
- c) **Paciencia:** Es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de los otros⁴¹. (ver figura 1).

Figura 1. Habilidad del cuidado según Nkongho



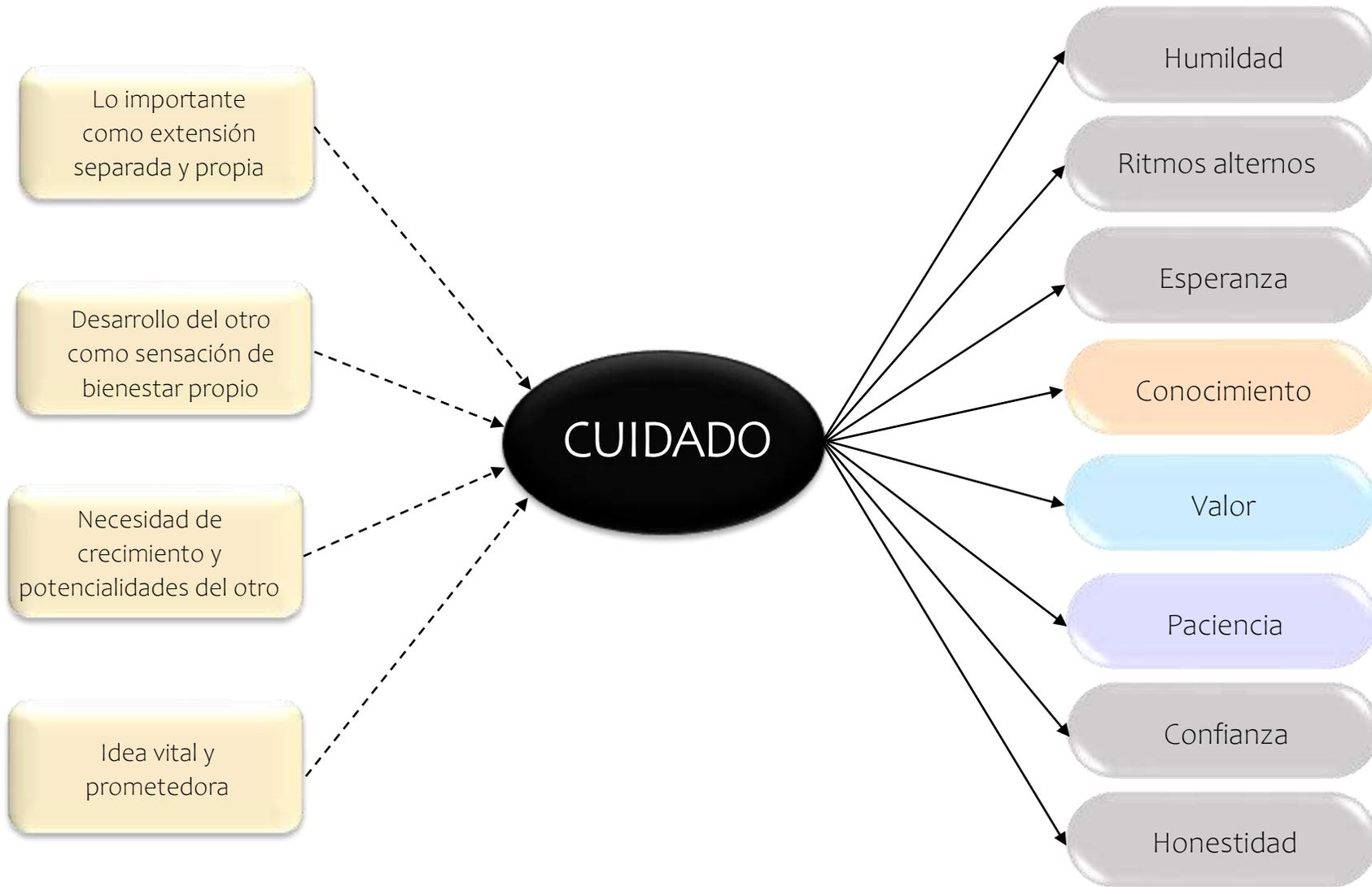
5.2 Cuidado: Milton Mayeroff

La propuesta de habilidad de cuidado de Nkongho⁴⁵, tiene gran influencia del concepto de cuidado que brinda Milton Mayeroff, quien fue un filósofo norteamericano existencialista, autor del libro "On caring"⁴⁶, proporciona una detallada descripción y explicación de las experiencias del cuidar y de ser cuidado por otro; propone al cuidado como la antítesis de simplemente usar a la otra persona para satisfacer las necesidades de quien brinda dicho cuidado, no es como un sentimiento aislado o una relación momentánea, sino un proceso para ayudar a otro a crecer y actualizarse a través de la confianza mutua, la profundización y la transformación de la relación.

Para poder desarrollar dicho cuidado es necesario cruzar un patrón básico conformado por seis puntos (ver figura 2):

1. Se experimenta lo que es de importancia como una extensión propia, así mismo como algo independiente.
2. Asimismo, el desarrollo de la persona a la que se brinda el cuidado como algo en relacionado al bienestar propio.
3. Además, de experimentar que la persona a la que se cuida tiene necesidades y potencialidades.
4. El cuidador experimenta que se le necesita para el crecimiento de terceros.
5. También, que el crecimiento del cuidador es guiado por el crecimiento del otro, que determinan las respuestas a las necesidades.
6. Por último, el cuidador responde de forma positiva a las necesidades de la otra persona, siempre en base al crecimiento del tercero.

Figura 2. Cuidado: Mayeroff. (Castillo VDE y Ostiguín MRM. 2019).



Según, Mayeroff el cuidado es un proceso que se compone de ocho elementos, que deben de ser conocidos por la persona que lo brinda, con el fin de que este sea satisfactorio. Desde la visión de este autor, los valores morales son inherentes en el proceso de cuidar y el crecimiento. A continuación, se describen estos los elementos que componen el cuidado (ver figura 3):

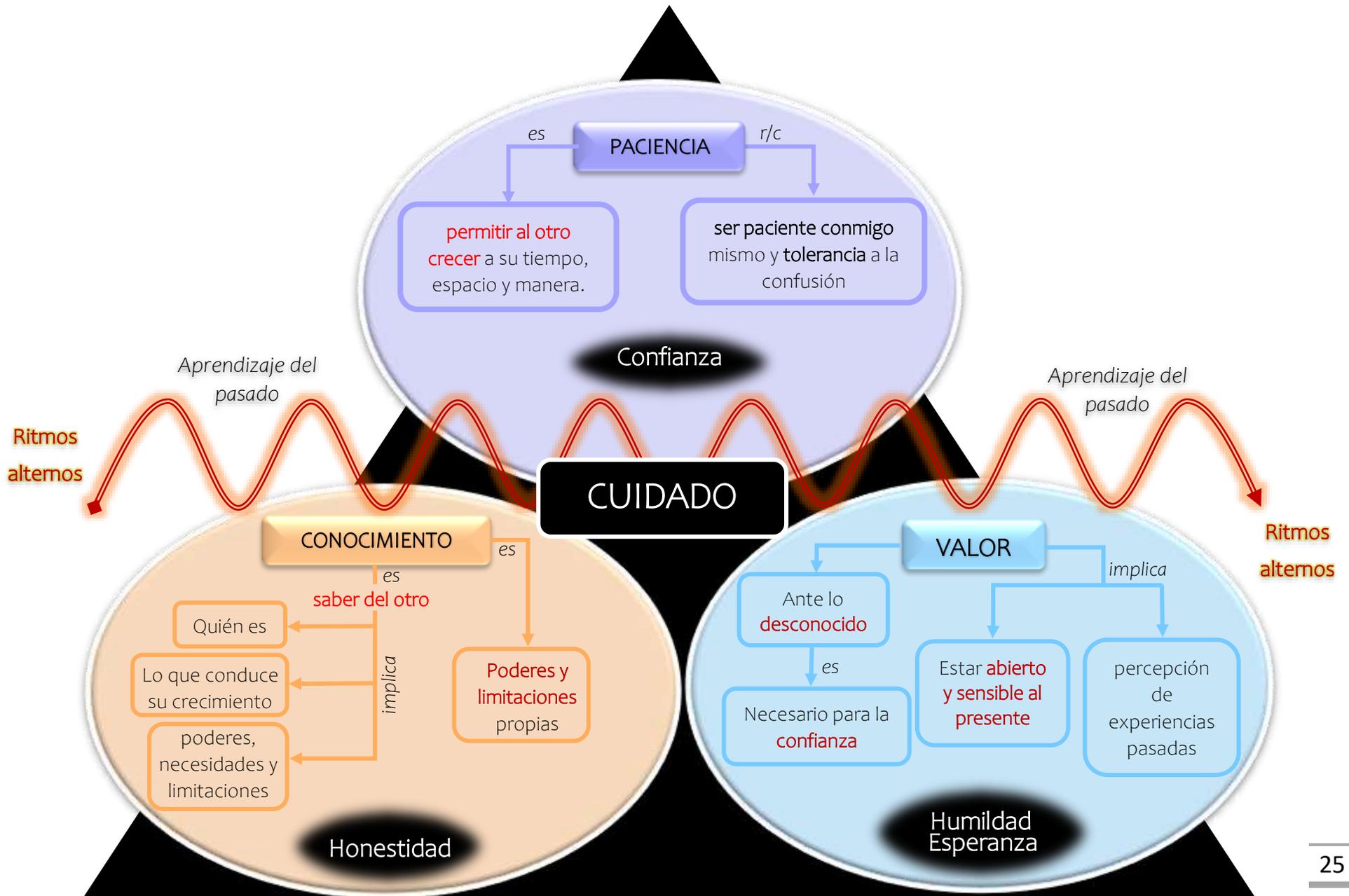
- **Conocimiento:** Se tiene que comprender las necesidades del otro y poder responder adecuadamente a ellas, sin olvidar que las buenas intenciones no lo garantizan. Para cuidar a alguien, se debe saber quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y qué conduce a su crecimiento, además de cómo responder a su necesidad, así como cuáles son los propios poderes y limitaciones. Dicho conocimiento es general y específico. El cuidado incluye el conocimiento implícito e implícito, saber eso y saber cómo, y el conocimiento directo e indirecto, todo relacionado de varias maneras para ayudar al otro a crecer.
- **Ritmos alternos:** Es preocuparse por la otra una persona, durante el cual hay momentos en que el cuidador no actúan en determinada situación, sin tomar postura alguna, no hace nada nada. Y cuando ocurre esta inactividad, se observa lo que sucede, con el fin de cambiar ciertos comportamientos en consecuencia.
- **Paciencia:** Es permitir al otro crecer a su tiempo, espacio y manera, sin embargo, también sí mismo. Implica tolerancia a la confusión y vacilación. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.
- **Honestidad:** Para cuidar al otro, se debe ver al otro tal como es y no como se quiere que fuera o sentir que debe ser. Pero, además, debe verse el cuidador tal y como es este, que es lo hacer, si esto ayuda o dificulta el crecimiento del otro.
- **Confianza:** El cuidado implica confiar en el otro para crecer a su propio tiempo y a su manera. Se aprecia la existencia independiente del otro, que el otro es otro. Al cuidar a otra persona, se confía en que cometerá errores y aprenderá de ellos, así como el cuidador debe confiar en su propia capacidad de cuidar, sus juicios y capacidad para aprender.

- **Humildad:** Está presente en el cuidado de varias maneras.
 1. El cuidado implica un aprendizaje continuo sobre el otro: siempre hay algo más que aprender.
 2. Ninguna fuente se siente por debajo de mí en principio; No me humilla aprender de ninguna fuente, incluidos mis propios errores.
 3. El cuidado particular no es de ninguna manera privilegiado.
 4. La superación de una actitud que ve a los demás como existentes simplemente para satisfacer mis propias necesidades, y trata a los demás como si fueran simplemente obstáculos.

La humildad también significa superar la pretensión: ser capaz de presentarme tal como soy sin auto-exhibición y ocultamiento, sin poses e indirectas. A través del cuidado llego a una apreciación más real de mis limitaciones y mis poderes.

- **Esperanza:** Hay esperanza de que el otro crecerá a través del cuidado, que es más general que la esperanza como una expectativa específica; No debe confundirse con ilusiones y expectativas infundadas. Tal esperanza no es una expresión de la insuficiencia del presente en comparación con la suficiencia de un futuro esperado. Un aspecto importante de la esperanza es el coraje porque la hace posible y viceversa, ya que implica que hay o podría haber algo digno de compromiso. La falta de esperanza, por otro lado, elimina cualquier sensación de mérito.
- **Valor o coraje:** Está presente al entrar en lo desconocido. Tal coraje no es ciego: se basa en la percepción de experiencias pasadas, y es abierto y sensible al presente. La confianza en el otro para crecer y en mi propia capacidad de cuidar da el coraje para ir a lo desconocido, pero también es cierto que, sin el coraje para ir a lo desconocido, esa confianza sería imposible. Y claramente, cuanto mayor es la sensación de ir a lo desconocido, más coraje se requiere para cuidar.

Figura 3. Componentes del cuidado según Mayeroff. (Castillo VDE y Ostiguiñ MRM. 2019).



5.3 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus es un importante y creciente problema de salud a nivel internacional, independientemente del nivel de desarrollo del país, esta patología comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia, existen diferentes tipos de diabetes debido a una compleja interacción genética, factores ambientales y estilo de vida. Dependiendo de la causa de la enfermedad, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de la glucosa o aumento de la producción de esta³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay tres tipos de diabetes: tipo 1, tipo 2 y la denominada gestacional. La diabetes tipo 2 es la más común y la que se abordará para fines de la investigación, representa aproximadamente del 85% a 90% de todos los casos y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional⁴⁷.

La prevalencia global de la DM2 va en aumento como consecuencia del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. En 1985, se estimaba que había 30 millones de adultos diagnosticados a nivel mundial, e incremento a 135 millones en 1995, alcanzando 285 millones en 2010 y se reportaron 442 millones en 2016, es decir, una de cada 11 personas; se estima que esta cifra aumente a 439 millones en 2030, de los cuales dos tercios estarían en países en desarrollo^{52,48}.

La DM2 es la causa más común de mortalidad en muchos países de Latinoamérica, desde el 2000 en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres, estima el 2016 se reportaron 45,000 millones defunciones como consecuencia de esta enfermedad², dentro del cual, el porcentaje atribuible a una glucemia elevada o su prevalencia en menores de 70 años es superior en los países de ingresos bajos y medianos.

A partir de ello, se sabe que hay una mayor prevalencia en la población de bajos ingresos económicos. Las personas afectadas por esta patología reportan un incremento importante en niños y adolescentes, sin un diagnóstico oportuno, por lo que no hay datos exactos de su incidencia³.

Además, es una enfermedad caracterizada por causar complicaciones microvasculares, como: retinopatía, cardiopatía, nefropatía o neuropatía, incrementando el riesgo de enfermedades potencialmente mortales como las cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal⁴⁹. Sin embargo, la presencia de complicaciones varía, por ejemplo: visión disminuida con el 54.5%, daño en la retina representado por el 11.2%, el 9.9% por pérdida de la vista y úlceras en una de cada 10 personas diagnosticadas y las amputaciones se observaron en 5.5%. Por último, resulta de relevancia que el 46.4% de los adultos diagnosticados no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar comorbilidades¹¹.

El diagnóstico de la diabetes se da mediante los síntomas de hiperglucemia, como: poliuria, polidipsia y polifagia, acompañado del resultado de una glicemia. Se recomienda establecer mediante los siguientes criterios:

- Hemoglobina glucosilada mayor o igual a 6.5%.
- Glucosa en ayuno mayor o igual a 200mg/dl después de una prueba de tolerancia de la glucosa⁵³.

En cuanto al tratamiento, su objetivo es aliviar y evitar complicaciones mediante un estilo de vida saludable, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad. Las metas establecidas para el control glicémico deben de ser individualizadas para cada persona, considerando la edad, comorbilidad, complicaciones, etc.

5.4 La familia mexicana

Los seres humanos en su conformación al ser sociales han estructurado relaciones no sólo su supervivencia, sino también la posibilidad de conformar y desarrollar las sociedades como existen en la actualidad. En estas sociedades los individuos desarrollan sus vidas en grupos familiares, compuestos a partir de sistemas de parentesco, culturales, políticos y económicos, entre otros⁵⁰.

La OMS considera a la familia como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan⁵¹. Sin embargo, para precisar su significado y función dentro de la sociedad, se deben considerar sus características de acuerdo con su contexto sociocultural, tipo de matrimonio o de unión, actividades económicas, fenómenos demográficos y cambios sociales, entre otros aspectos. Cabe mencionar que los fenómenos sociales en la sociedad mexicana repercuten en la institución familiar y se ven reflejados en cambios como la reducción de las tasas de mortalidad y de natalidad, la cual causa descensos en el ritmo del crecimiento demográfico⁵². Por ello, las familias han cambiado, pues se han modificado sus modelos, los tipos de familia, la composición y la integración interna, lo que nos pone frente a la necesidad de replantearla conceptualmente para que dé cuenta de su diversidad. De ahí, que con la clasificación de la familia se puedan analizar los cambios en su estructura al ser éstos los indicadores del proceso de transformación que se ha dado hasta la actualidad.

Los hogares pueden conformarse por personas que pueden tener o no lazos sanguíneos, pero comparten una vivienda y un sostén económico. En México en 2015 se reportan 31,949,709 de hogares y en 2017 el 71.7% de ellos eran de tipo nuclear, el 25.8% ampliados y únicamente el 2.5% compuestos, sin embargo, el 53.8% del total corresponden a hogares biparentales y el 18% a monoparentales⁵³ (Ver anexo 2,3 y 4).

En lo que respecta a la Ciudad de México, en 2015 se reportaron 2,601,323 hogares, de los cuales 929,120 (36%) son dirigidos por una jefatura femenina y 1,672,203 (64%) por una jefatura masculina, el tamaño promedio del hogar es de 3.9 personas. En esta población a pesar de ser un área urbana, no todos cuentan con los servicios básicos, ya que según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 90.6% disponen de agua entubada dentro de la vivienda, el 99.8% con energía eléctrica y el 94.1% con drenaje conectado a la red pública⁵⁴.

De acuerdo con el INEGI⁵⁵ existen tres clases de familia, en su mayoría son nucleares con un 70.9%, después las ampliadas, es decir, hogares en el que conviven un núcleo y algún otro familiar como abuelos, sobrinos, tíos, etc. con el 26.5% respectivamente y le siguen los compuestos, que se refieren a que además del núcleo familiar y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar, representada por el 1.5%. La mayoría de las familias nucleares corresponde a los que se componen por la pareja conyugal con hijos, o bien, uno solo de los padres con sus hijos.

La sociedad mexicana es diversa y, por lo mismo, la familia es un modelo de organización social heterogéneo⁵⁶, lo que significa que tiene variantes en la actualidad la familia en México se ha diversificado y se reconocen 11 tipos, dentro de tres grupos principales: la familia tradicional, en transición y la emergente. La primera, que representa el 50% está integrada por el padre, madre e hijos. Se subdivide en: con niños, con adolescentes y extensa; en esta última clasificación se incluyen abuelos o nietos. En la familia en transición no hay una de las figuras tradicionales y considera los hogares encabezados por madres solteras, parejas sin hijos o que han postergado su paternidad, parejas de adultos cuyos hijos ya no viven con ellos, conocidas como nido vacío, co-residentes, en la que cohabitan familiares o grupos de amigos sin parejas; y unipersonales, con individuos que viven solos, este grupo representa 42 % de los hogares. En lo que respecta de la emergente, los hogares son encabezados por padres solteros; parejas del mismo sexo, así como parejas reconstituidas que han tenido relaciones o matrimonios previos, al

igual que hijos, este tipo de familia se ha incrementado desde principios del presente siglo y actualmente está marcando tendencia⁵⁷.

5.5 El impacto de la diabetes mellitus en la familia

La familia es el grupo social más importante para el hombre pues es un recurso para el mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. La familia es fuertemente impactada por la presencia de una enfermedad crónica, sin embargo, asimismo representa un espacio de apertura de apoyo a la persona con DM, convirtiéndose en un recurso de promoción a la salud⁵⁸.

La DM2 representa un serio problema de salud, en donde el aumento de incidencia y prevalencia, su carácter complejo y la severidad de los impactos económicos, sanitarios y psicosociales que genera, legitiman la importancia de reflexionar sobre sus efectos desde la perspectiva familiar⁵⁹.

La importancia de la familia en el desarrollo del cuidado de la DM es relevante, ya que las reacciones de la familia ante la enfermedad de uno de sus miembros dependen de varios factores: tipo de familia, cultura y educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas acerca de la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento. En la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones influyen las actitudes acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos³².

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles, principalmente para prevenir nuevos

riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar, a su vez, al familiar enfermo⁶¹.

La aparición de la diabetes enfrenta al sistema familiar a una situación nueva e inesperada. Implica la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que requiere ser tratada por el resto de la vida, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios a los hábitos de vida, en el sentido dietético y del ejercicio físico, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia, con las complicaciones físicas que pueden surgir y originar alguna incapacidad que sobrecarga aún más el sistema⁶⁰.

La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como: ceguera, amputaciones, úlceras, etc.⁶¹

La coexistencia en la familia de un enfermo crónico no afecta de igual manera a todos sus miembros porque son muchas las variables que entran en juego. Influyen, la actitud que mantengan, la cercanía afectiva con el que tiene diabetes, el grado de compromiso que haya adquirido en la relación y las características individuales de la persona con la enfermedad⁶².

Aunque es importante dar apoyo y comprensión al paciente de diabetes, no debe haber un exceso, porque el control debe llevarlo quien padece la patología, y no el o los cuidadores que colaboren, asimismo no debe verse a la persona con la enfermedad como un medio para obtener atención²². Es significativo que la persona con diabetes mantenga una comunicación efectiva con su entorno familiar en la que haya un intercambio de expresión de sentimientos e ideas⁶².

6. METODOLOGÍA

6.1 Fundamentación metodológica

La presente investigación fue de carácter cualitativo exploratorio y descriptivo, considerando que existen pocos estudios que abordan la habilidad del cuidado en México y aún menos su desarrollo en la familia.

Para ello, se partió de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los participantes en relación al contexto de cada integrante para hacerlo más explícito⁶³, refiriendo las características de la dinámica que se da en las habilidades de cuidado, cotidianidad y la participación de los miembros, dando pauta a recuperar el punto de vista del actor mediante la exploración subjetiva⁶⁴.

6.2 Selección de los participantes

La selección de los participantes fue a través de la técnica de bola de nieve, en este caso, se identificaron participantes mediante un informante ubicado en una investigación previa: "Experiencia en torno al control de la glucosa en un hombre adulto con diabetes mellitus"*⁶⁵, quien facilitó el contacto con la familia A, que a su vez proporcionó la conexión con la B, quién posteriormente estableció el enlace con la familia C. Después de ser contactados fueron informados del propósito de la investigación y solicitada la participación de cada integrante de las familias que fueron incluidas en el estudio⁶⁷.

* Castillo VDE; Ostigúin MRM. Experiencia en torno al control de la glucosa en un hombre adulto con diabetes mellitus [thesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018.

6.3 Características de los participantes

Las familias que participaron en el estudio son originarios del estado de Hidalgo y migraron a la Ciudad de México en la alcaldía Xochimilco hace 22 años aproximadamente, ante la situación económica que se presentó en su lugar de origen. En las tres familias participantes hay una persona diagnosticada con DM2 en un rango de 4 a 21 años, todos sus integrantes son mayores de 18 años; la escolaridad de los padres es de nivel secundaria a licenciatura, así como, los hijos se encuentran estudiando a nivel superior. Cada miembro aceptó participar en el estudio y firmó el consentimiento informado correspondiente.

6.4 Contexto

Las familias habitan en la alcaldía Xochimilco, que proviene del idioma náhuatl; xōchi- 'flor', mīl- 'tierra de labranza', traducido como: "la sementera de flores", se conformó como delegación dentro de la Ciudad de México (CDMX) en 1929, e incluía los pueblos: Mixquic, San Juan Ixtayopan y Tetelco, sin embargo, durante 1931 Xochimilco se conforma geográficamente como actualmente se conoce (Ver anexo 5), en 2017 se nombró Alcaldía.

Tiene gran importancia en el contexto metropolitano, porque representa el 7.6% del territorio de la Ciudad de México, además por el porcentaje de su territorio que representa suelo de conservación, con más del 6% del área de la Ciudad de México, además, al ser una de las principales fuentes generadoras de agua para la ciudad (3 m³). Xochimilco, colinda al Norte con los poblados de Tlalpan y Coyoacán, al Este limita con Iztapalapa y Tláhuac en los canales Chalco y Amecameca. Y, se compone por 17 barrios y 14 pueblos, cada uno con su capilla. Y, existen nueve canales: Cuemanco, Apatlaco, Cuauhtémoc o Nacional, Tezhuilo, Apampilco, Toltenco o del Japón, Oxtotenco o La Noria, Amelaco y Atlitic; siete lagunas importantes: el Toro, la Virgen, Tlilac, Tlicutlli, Tezhuízotl, Caltongo y Xaltocan. El clima predominante es templado-subhúmedo con un régimen de lluvias en verano⁶⁵.

La población total registrada en 2015 en Xochimilco fue de 415933 personas [▲], representando el 4.8% de la población de la Ciudad de México; se reportó que de la población el 48% de la población es del sexo masculino, mientras que el 52.0% corresponde al sexo femenino, la distribución de habitantes por sexo corresponde a una relación de 97.90 hombres por cada 100 mujeres (ver anexo 6), existe un incremento en todos los grupos de edades de ambos sexos, especialmente en adolescentes jóvenes y adultos entre 20-64 años. Se tuvo un incremento de 45385 habitantes nuevos en 2020 y de 36,055 más en el año 2035, lo que hace un total de 145053 habitantes nuevos con respecto al 2000⁶⁶.

Como consecuencia, existe un incremento de 11346 familias nuevas en 2020 y de 9014 en el año 2035, lo que hace un total de 36263 nuevas familias en relación al año 2000, por lo que, las necesidades de vivienda nueva para el año 2020 serán de 11346 en 2020 y de 9014 en el 2035; con una composición promedio de 4 miembros por familia, a partir de una disminución de los índices de natalidad a 2 hijos por mujer en edad reproductiva.

Es importante destacar que el crecimiento de la población aumento el 66 % en la demanda de los servicios públicos como: agua potable, drenaje, energía eléctrica, al igual que el empleo (ver anexo 7 y 8). Con relación a las condiciones de vivienda se identificó 12674 viviendas particulares habitadas (12.1%) que vive en condiciones de hacinamiento ^{67, 68}.

Se tiene un total de 107,270 hogares, de los cuales, el 91.35% corresponde a hogares familiares, es decir, por lo menos dos integrantes con parentesco familiar; el 63.86% hogares nucleares conformados por padres e hijos, y los hogares ampliados, es decir, cuentan con algún miembro más integrado con parentesco familiar, representan el 30.65%; en lo que respecta a los hogares compuestos se identifican por tener un miembro más integrado sin tener un parentesco familiar, con

[▲] Población: 199 513 hombres; 199 513 mujeres, con edad media de 30 años.

el 0.82% y finalmente los hogares con características no especificadas representan 2.16%⁶⁶ (ver anexo 10).

En relación a la educación se reportó en 2015 que el 89.67% las personas en un rango de edad de 3 y 14 años asiste a la escuela; el 80.50% de 15 a 17 años, sin embargo, la deserción escolar se presenta a mayor edad y cabe mencionar que la población con estudios de nivel básico es de 44.57%⁶⁹ (ver anexo 8 y 9).

No obstante, reportes dan a conocer que el 76.31% de la población de Xochimilco se encuentra afiliada a algún servicio de salud, en su mayoría son derechohabientes al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), con el 32.51% y el 23.22% de la población total no cuenta con acceso a un servicio de salud. Lo que causa la necesidad de desplazarse a otras localidades aledañas en busca de ello. (ver anexo 11). Cabe mencionar que el 64% de las familias se encuentran en pobreza, pobreza moderada y extrema, por lo que, los recursos destinados para atención a procesos crónicos de cualquier integrante, son de alto impacto para la economía familiar y un reto por vencer en los tratamientos^{66, 67, 70}.

Además, se sabe que el personal médico asignado en instituciones de salud públicas a este poblado es de 373 médicos, de los cuales 310 pertenecen a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSA), asimismo, se cuenta con 37 unidades médicas en servicio de consulta externa, 1 de hospitalización general y 2 de hospitalización especializada, en los cuales durante 2016 y 2015 se otorgaron 300943 consultas generales, en su mayoría brindadas por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 129 446 y por la SSA con 152 421 consultas, también, en ese lapso se brindaron 23 853 especializadas y 21 443 de urgencia (ver anexo 11). En la Alcaldía de Xochimilco se reporta una esperanza de vida general del 0.7611†, siendo mayor en las mujeres (ver anexo 8).

En lo que respecta a las principales actividades económicas que se desempeñan en la población son la floricultura, la agricultura, el cultivo principalmente de

† Índice de esperanza de vida general es una medida de la longevidad de las personas, la cual se traduce como esperanza de vida al nacer.

cacahuete, maiz y fíjol; ganadería, en su mayoría de vacas, cerdos, pollo, guajolotes y ovejas, además del comercio a partir de las actividades ya mencionadas. La economía de esta localidad, se indica una tasa de participación económica por sexo del 68.75% en hombres y el 41.26% en mujeres, de los cuales el 50.07% percibe más de 2 salarios mínimos y del 16.16% no se tiene especificación de su percepción económica. Por otro lado, se reporta un total del 3.95%; de la población desocupada, en su mayoría varones (ver anexo 12 y 13). Además, en la Alcaldía Xochimilco se observa un índice de marginación del -1.527%, con un grado de marginación muy bajo (ver anexo 14) ^{66,67}.

6.5 Familia A

6.5.1 Descripción del contexto familiar

La familia A habita en una comunidad urbana, ubicada en la alcaldía Xochimilco, su hogar se encuentra en una calle pavimentada y con alumbrado público, a través de la cual accede el transporte público, en las cercanías se localiza una tienda de abarrotes, una estética, una tortillería, además de la venta de verduras y frutas. En lo que respecta a la vivienda, cuenta con luz, agua tres veces por semana, pero no con drenaje. A la entrada, hay un camino de tierra que lleva a el patio; la casa construida de concreto y loza, conformada por una pieza que incluye la cocina-comedor y la sala de estar, en la que también esta el taller de costura de la ama de casa y el baño se ubica fuera del hogar, junto con el área de lavado. Cabe mencionar la presencia de gallinas, dos perros y un gato.

Asimismo, a 10 min en transporte se encuentra el núcleo de la comunidad, en la que se localiza el centro de salud que brinda atención de 7:00 hrs. a 13:00 hrs., una escuela primaria, además de la venta de productos de la canasta básica.

6.5.2 Tabla de composición

Familia A					
Pseudonimo	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Religion
Celia*	Madre con DM2	40 años	Secundaria	Hogar Empleada domestica	Catolica
Cristian	Padre	51 años	Secundaria	Despachador de gasolina	Catolica
Claudia	Hija	20 años	Licenciatura	Estudiante	Catolica
Carmen	Hija	19 años	Medio superior	Estudiante	Catolica
Tiempo del diagnóstico de la DM				4 años	

** Persona con DM2*

6.5.3 Descripción de la familia

La familia participante fue de tipo nuclear, cuyos padres de familia son originarios del estado de Hidalgo, establecieron su residencia en la Ciudad de México hace 22 años aproximadamente y esta conformada por cuatro integrantes:

- La madre de 40 años, con antecedentes de DM2 y diagnosticada con esta enfermedad desde hace 4 años. Se dedica a la crianza de sus hijas, al hogar y labora desde hace 3 años en una casa ubicada a 5 minutos de su hogar, en la que desempeña las siguientes actividades: aseo del inmueble, cocinar y el cuidado de un menor; el horario de trabajo varia entre las 10:00-14hrs, de acuerdo a las actividades que realice en su hogar.
- El padre de 51 años que trabaja como despachador de una gasolinera desde hace 18 años, en el que maneja 3 horarios diferentes (6:00-14:00 hrs.; 14:00-

22:00 hrs.; 22:00-6:00 hrs.) rotando por cada uno cada semana. No tiene antecedentes de DM2.

- La hija mayor de 20 años estudia en la Facultad de Derecho en el turno vespertino y la hija menor de 19 años es estudiante del nivel medio superior en la mañana, ambas se dedican a la crianza de pollos para su comercio.

Cabe mencionar que la familia cuenta con seguro social desde hace 10 años (ver figura 4).

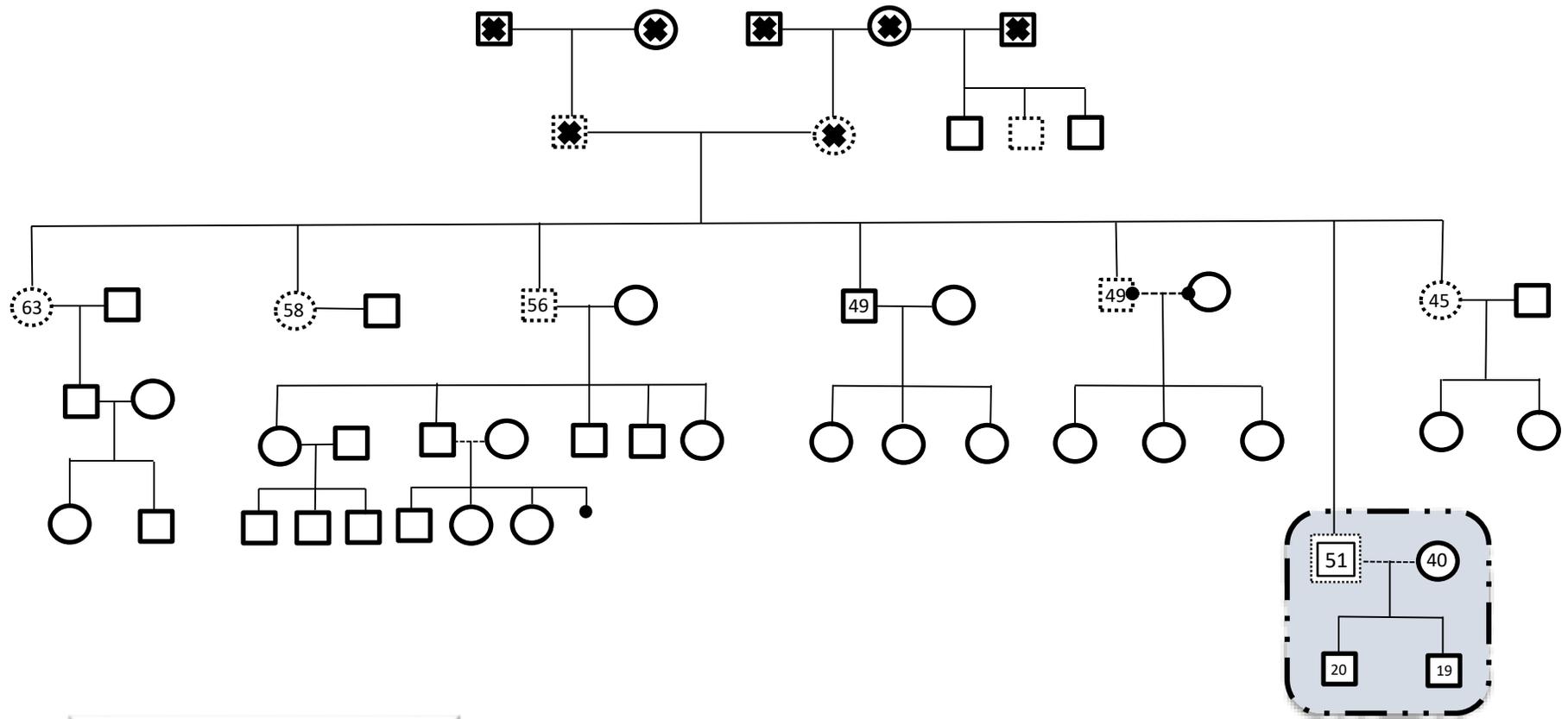
6.6 Familia B

6.6. 1 Descripción del contexto familiar

La familia B reside en la alcaldía de Xochimilco, la vivienda esta ubicada en una zona cerril dónde se cuenta con todos los servicios básicos (agua, luz, drenaje) y para poder acceder a ella es necesario cruzar un camino de terracería, en el que no se tiene acceso al transporte público. La casa se conforma por dos niveles, en el primero se encuentra la cocina, comedor, sala de estar, el baño y la habitación de los padres, en la parte superior las dos recámaras de los adolescentes y el resto en obra negra; en la parte trasera está la zona de lavado en y la frontal el jardín.

A una cuadra del hogar hay una tienda de abarrotes y a 10 minutos a pie se puede encontrar la venta de los componentes de la canasta básica. En cuanto al servicio médico en esta área se localiza un médico general privado y a 20 minutos el centro de salud que brinda atención de 8:00 a 12:00 hrs.

Figura 4. Familigrama. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



Simbología

- | | | | |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ○ Mujeres | ●---● Medio hermano/a | ■ (dashed) Familia participante | ○ (dashed) Mujeres con diabetes |
| □ Hombres | ⊠ Persona finada | □ (dashed) Persona de la familia participante con diabetes | □ (dashed) Hombres con diabetes |
| # Edad | ● Aborto | | |

6.6.2 Tabla de composición

Familia B					
Pseudomino	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Religion
Sofía*	Madre	45 años	Licenciatura	Docente	Cristiana
Santiago ■	Padre	44 años	Licenciatura	Docente	Cristiana
Susana	Hija	19 años	Superior	Estudiante	Cristiana
Sebastián	Hijo	18 años	Medio superior	Estudiante	Cristiana
Silvia	Abuela	68 años	Primaria	Ama de casa	Cristiana
Tiempo de convivencia con la DM				17 años	

■ El padre recientemente ya no se encuentra en la familia

* Persona con DM2

6.6.3 Descripción de la familia

La familia B, a un inicio de la investigación era considerada de tipo nuclear, sin embargo, conforme se realizaron las entrevistas los informantes dieron a conocer que el padre de familia tenía un tiempo considerable sin estar en casa por cuestiones laborales, a pesar de que esto sucedía anteriormente, ya que su trabajo así lo demanda, en esta ocasión comunicaron no tener conocimiento de cuando regresaría, o si lo haría, por lo que, se dio a conocer que la abuela materna es quien está en una dinámica constante con los integrantes de la familia.

A continuación, se describen los personajes anteriormente mencionados:

- La madre (Sofía) de 45 años originaria del estado de Hidalgo, emigró a los 12 años a la Ciudad de México, diagnosticada con DM2 hace 9 años, labora como docente a nivel superior, cuya jornada es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs aproximadamente. Su hermana fue diagnosticada con DM2.

- El padre (Santiago) de 44 años de edad, reside en el estado de Veracruz desde hace 2 años por razones de trabajo, desempeñándose como obrero. Al estar trabajando bajo contratos express viaja a la Ciudad de México cada dos meses por una semana aproximadamente para estar con su familia, sin embargo, se reporta que hace mas de seis meses no lo hace. No tiene antecedentes de DM2.
- Su hija mayor (Susana) de 19 años es estudiante de la Licenciatura en Actuaría en el turno vespertino, por otro lado su hijo menor (Sebastian) de 18 años se encuentra cursando el ultimo año del nivel medio superior.
- La abuela (Silvia) de 68 años, abandonó los estudios en el tercer grado de primaria por razones económicas familiares, siempre se ha dedicadó al hogar y esta casada con un hombre de 76 años, ambos residen en una casa ubicada a 100 metros aproximadamente de la vivienda de la familia B, en el poblado de Xochimilco, vive junto con otra de sus hijas y el esposo de esta. Ella padece de hipertensión con diagnóstico desde hace 5 años.

Cabe mencionar que la familia cuenta con la atención de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, desde hace 4 años. (ver figura 5).

6.7 Familia C

6.7.1 Descripción del contexto familiar

La familia C reside en la alcaldía de Xochimilco, en una vivienda que cuenta con todos los servicios básicos, agua potable, drenaje y luz la casa está compuesta por tres recámaras (que corresponden una para cada hija y la tercera para los padres), un sanitario y una sala-comedor. En ella también hay tres perros de raza mediana.

A los alrededores se puede encontrar una escuela primaria, un maternal y la iglesia del pueblo. De igual manera, en las cercanías está el mercado en el que se puede encontrar los productos de la canasta básica mexicana. En lo que respecta al transporte público se cuenta con tres medios de acceso (combi, taxi y microbús).

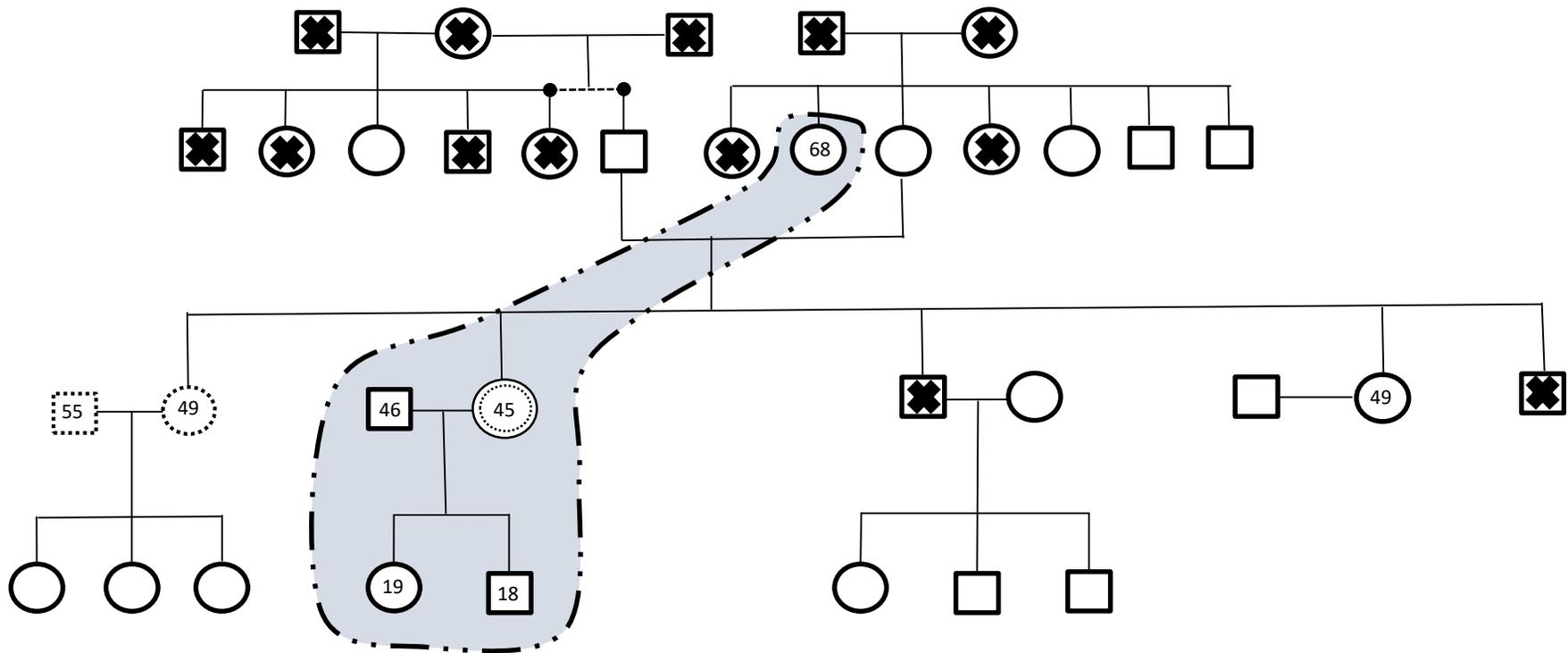
Por otro lado, los servicios de salud que se tienen a la mano son provados en su mayoría, que oscilan en un costo que va desde los \$20 pesos mexicanos a los 300 pesos en promedio y en cuanto al público está el centro de salud que labora de lunes a viernes en un horario de 8 a 12 del día.

6.7.2 Tabla de composición

Familia C					
Pseudonimo	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Religión
Miguel*	Padre	51 años	Secundaria	Despachador de gasolina	Cristiana
María	Madre con DM2	40 años	Secundaria	Hogar	Cristiana
Mireya	Hija	22 años	Licenciatura	Estudiante	Cristiana
Monica	Hija	18 años	Licenciatura	Estudiante	Cristiana
Tiempo de convivencia con la DM				21 años	

* Persona con DM2

Figura 5. Familigrama. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



Simbología

- | | | | |
|-----------|---------------------|---------------------------------------------------|------------------------|
| ○ Mujeres | ●-● Medio hermano/a | Familia participante | ○ Mujeres con diabetes |
| □ Hombres | ✕ Persona finada | ○ Persona de la familia participante con diabetes | □ Hombres con diabetes |
| # Edad | ● Aborto | | |

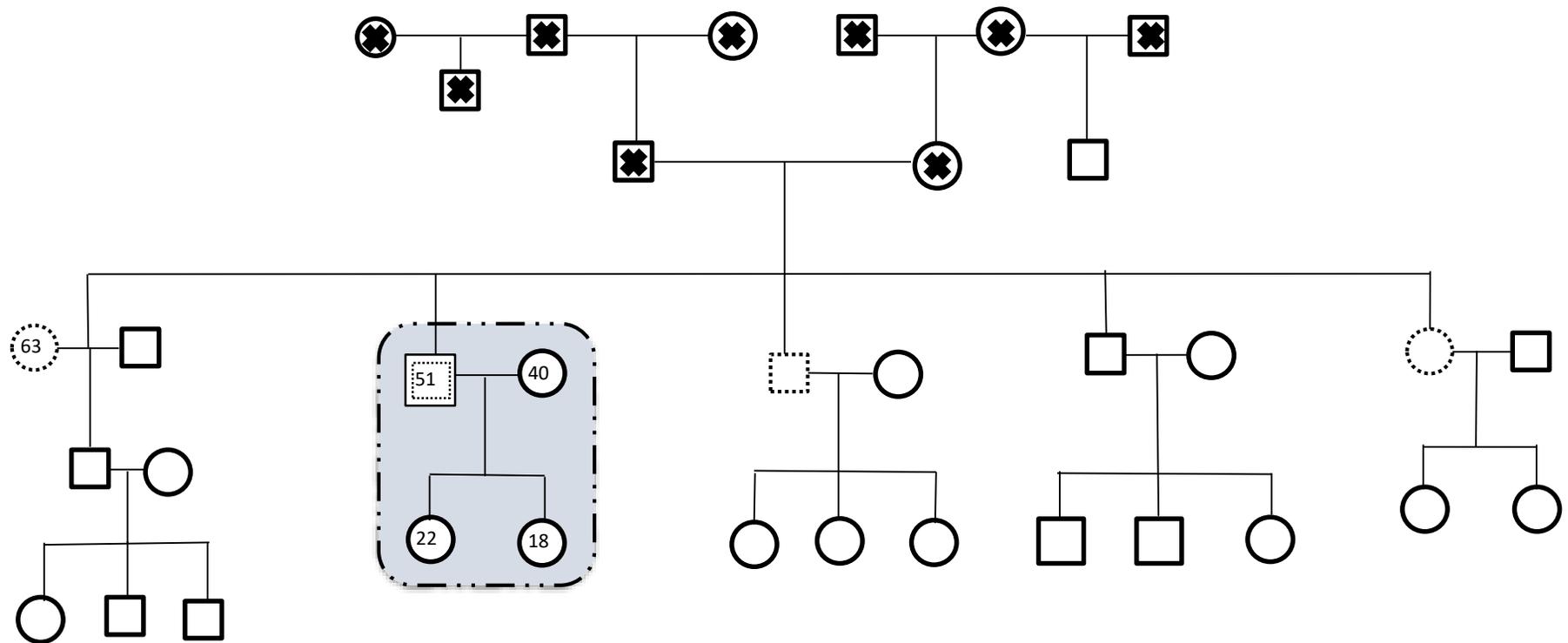
6.7.3 Descripción de la familia

La tercer familia participante es de tipo nuclear y está compuesta por cuatro integrantes:

- El padre de familia identificado con el pseudónimo de “Miguel”, tiene 51 años y estudió hasta tercer año de secundaria, él es quién padece diabetes desde hace 21 años, labora como despachador de gasolina al norte de la ciudad, por lo que, el traslado de su casa al trabajo implica alrededor de dos horas. Como antecedentes heredofamiliares, su padre padecía diabetes y falleció por complicaciones derivadas de ella.
- La madre, reconocida por el pseudónimo de “María”, tiene 40 años y estudió como carrera tecnica secretariado. También padece diabetes, fue diagnosticada hace 8 años. Se dedica al hogar. No cuenta con atenceentes de DM2, pero si de otras enfermedades cronicas como: artitis reumatoide.
- Mireya, es el pseudónimo que se asignó a la hija mayor de esta familia, tiene 22 años y estudia a nivel licenciatura durante las mañanas en un horario de 7 am a 14 hrs.
- La hija menor, se identifica con el pseudónimo de Mónica, al igual que su hermana mayor estudia a nivel licenciatura, en un horario que varia de 7 o 9 de la mañana a 16 horas aproximadamente.

Cabe mencionar que la familia cuenta con seguro social desde hace 10 años (ver figura 6).

Figura 6. Familiograma. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



Simbología

- Mujeres
- Hombres
- Edad
- Medio hermano/a
- Persona finada
- Aborto
- Familia participante
- Persona de la familia participante con diabetes
- Mujeres con diabetes
- Hombres con diabetes

6.8 Recolección de datos

Las familias fueron identificadas a través del informante de un estudio previ6: “Experiencia en torno al control de la glucosa en un hombre adulto con diabetes mellitus”, qui6n estableci6 el contacto con la familia A, presentando al investigador para poder exponer los objetivos del estudio y propuestas, posteriormente est6 dicha familia fue intermediaria con la familia B, quienes aceptaron la participaci6n en el estudio. Se utilizaron tres t6cnicas de recolecci6n de datos:

a) **Entrevistas semi-estructuradas**, para ello se elabor6 una gui6 de entrevista con 9 preguntas centrales en torno a los elementos e la habilidad de cuidado, a partir de ellas se pretendi6 que los participantes discurren sobre el tema sin una indagaci6n formulada⁷¹.

Las entrevistas se grabaron con previa autorizaci6n del participante, y se llevar6n a cabo en el domicilio de cada familia (ver anexo 15).

b) **Observaci6n no participante**, para explorar y describir el ambiente familiar, as6 como, los aspectos involucrados en las habilidades de cuidado, junto con la interacci6n de la familia analizando los significados que se da al fen6meno. Adem6s de conocer las circunstancias de los eventos que sucedieron y sus patrones⁶⁷. Se ingres6 a la familia en un primer momento para exponer los objetivos y propuesta del estudio, posterior a su consentimiento de aceptaci6n, se prosigui6 a agendar las visitas al domicilio para hacer las entrevistas (ver anexo 16).

c) **Notas de campo**, para registrar los aspectos dif6ciles de recordar en la observaci6n, tales como expresiones o gestos de los participantes, descripci6n del contexto, alg6n hecho fuera de lo cotidiano, sentimientos o sensaciones que el investigador percibi6, la secuencia y duraci6n de cada entrevista⁷².

6.9 Criterios de rigor científico

La evaluación de la presente investigación se plantea a partir de los siguientes criterios:

- a. **Confiabilidad**[▼]: Esta se aseguró mediante las técnicas de recolección de datos. En las entrevistas se grabó el audio con la previa autorización de los participantes, para posteriormente transcribirlas textualmente, respetando las expresiones utilizadas e identificando al informante con un pseudónimo. Las notas de campo se realizaron al momento de la entrevista, si no causaban incomodidad al participante o en su defecto inmediatamente después de la entrevista u observación, con la finalidad de no afectar la relación con él/ella, así como obtener una descripción detallada de cada proceso.

Además, se especificó cómo se realizaron en tiempo, espacio y situación, es decir, en el caso de las entrevistas se describió el ambiente y entorno dónde se llevaron a cabo, es importante mencionar que todas se hicieron en ambientes tranquilos, sin distractores, con una distribución del investigador y participante que permitió el contacto visual.

- b. **Credibilidad**: Se logró a través de la reflexibilidad del investigador sobre su papel en el estudio, situándose en una posición neutra, además de crear conciencia de sí mismo, en el que medita su rol durante el estudio, sin perder de vista quién es y sus orígenes, ya que pertenece a una familia con antecedentes considerables de diabetes mellitus tipo 2. De forma continua y crítica, buscando una investigación transparente.

También, se colocó fragmentos que representan cada una de las categorías encontradas, para ello, se transcribieron las entrevistas y se colocó observaciones relevantes que contextualicen. Igualmente, la grabación de las

[▼] Así como los instrumentos utilizados en investigación cuantitativa son sujetos de controles estadísticos para asegurar su confiabilidad, en investigación cualitativa, el instrumento humano -el investigador- puede

entrevistas permitió regresar a escucharlas en caso de hacer alguna aclaración junto con las notas realizadas. La investigación se ejecutó con la orientación de la directora de tesis, considerando las observaciones realizadas por profesoras de los seminarios del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- c. **Transferibilidad:** Se dio una descripción minuciosa de la metodología implementada. Y, se señaló a profundidad la conformación de las familias y sus características, así como su identificación y contexto, proporcionando un genograma de cada una.

Además, se dio a conocer las características de cada integrante del núcleo familiar, y estas en su conjunto, es decir, las relación intrafamiliar y dinámica general; asimismo, se describió a grandes rasgos la alcaldía de Xochimilco a la que pertenecen los colaboradores, mencionando las principales actividades laborales, peculiaridades poblacionales y aspectos relacionados a los servicios de salud en esta comunidad, igualmente se detalló el entorno de las vivienda con énfasis en su distribución, los servicios básicos y de salud para hacer explícito contexto. De la misma forma, como se llegó a los resultados mediante el análisis temático de la información desde la propuesta de la autora De Souza Minayo, destacando el surgimiento de cada categoría.

6.10 Consideraciones éticas

En lo que respecta a los aspectos éticos y legales considerados en esta investigación, se sustentan en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ⁷³, capítulo primero: Disposiciones Comunes, en los artículos 16, 17, 20, 21 y 22, que señalan la protección de la privacidad de los participantes, suspender la investigación en caso que sea necesario y la formulación del consentimiento informado en base a las disposiciones (ver anexo 7).

Además, en el Informe de Belmont⁷⁴ con el fin de asegurar los tres principios básicos para la investigación con humanos: respeto por la persona, beneficio y justicia; y la

Declaración de Helsinki⁷⁵, en busca de la protección de la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes de esta investigación.

De igual forma se consideran los siguientes principios:

- **Beneficencia:** Se aseguró mediante el trato ético, respetando las condiciones y preferencias de los participantes, protegiendo su intimidad durante las entrevistas y procurando su bienestar durante las mismas, ante la incomodidad de algún tema específico, así como la presentación de los beneficios que contrae el estudio en el ámbito de salud.
- **Justicia:** Se informó a los participantes del bien social que aporta la investigación, explicando las razones del porque no implica riesgo alguno a su salud física, así como asegurando la indagación de horarios para la participación de cada integrante, que no afecten su dinámica cotidiana. También, se buscó un trato digno, equitativo, la privacidad, el anonimato y la confidencialidad al colocar un pseudónimo a cada participante.
- **Autonomía:** Para ello, se procuró no dejar de lado la toma de decisiones en cuanto a los valores, criterios y preferencias de los participantes expuestos en el consentimiento informado en base a las disposiciones legales, donde se exponen los objetivos y la justificación del estudio, asimismo, en caso necesario se aclararon inquietudes de los informantes en todo momento, dejando en claro que en cualquier momento puede abandonar la investigación si así lo desea, sin represaría de ningún tipo.
- **No maleficencia:** El estudio no implicó riesgo alguno de la salud física los integrantes de la familia, sin embargo, ante la observación de molestias, emociones encontradas, o la expresión del informante de no querer tocar algún tema en particular durante las entrevistas o las observaciones se suspendería la temática abordada.

6.11 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se inició con la transcripción de las entrevistas, buscando detallar las expresiones realizadas por los participantes. Para conservar el anonimato se le asignó un pseudónimo a cada uno de los participantes desde la transcripción, con el cual se identificaron durante la investigación. Posteriormente, se eliminaron muletillas que complicarán la comprensión, manteniendo el sentido de la expresión de los participantes y se evitó cambiar o agregar palabras. Además, se realizaron lecturas rápidas de cada entrevista para colocar notas que ayudaran a orientar el sentido de los datos desde la perspectiva teórica definida. Se enumeró los reglones de las entrevistas como estrategia para la ubicación de los datos para el análisis. El análisis que se abordó fue de tipo temático, a partir de la propuesta de Souza Minayo, quien considera tres etapas:

1. Pre-análisis
2. Exploración del material
3. Tratamiento de los resultados⁷⁶

En la primera etapa se revisó el concepto de habilidad de cuidado de Nkongho y lo propuesto en la obra: *On Caring* de M. Mayeroff, con la finalidad de comprender cada concepto de conocimiento, valor y paciencia e identificar los términos claves para su reconocimiento en los discursos.

Posteriormente se realizó la lectura de primer contacto de las entrevistas con la que se hizo una detección rápida de datos relevantes y representativos considerando las características esenciales de homogeneidad y pertenencia para dar respuesta a los objetivos. De forma complementaria, se validó, recuperó el énfasis y sentido del dato a partir de la observación registrada y las notas de campo. No se llevó a cabo la reformulación de objetivos.

Se prosiguió con la segunda etapa, en la cual se comenzó con la operación clasificatoria de términos para alcanzar el núcleo de comprensión del texto, esto hizo con ayuda de notas realizadas en el lateral del texto, utilizando tres colores básicos que se les asignó a cada punto principal que se buscó explorar: el

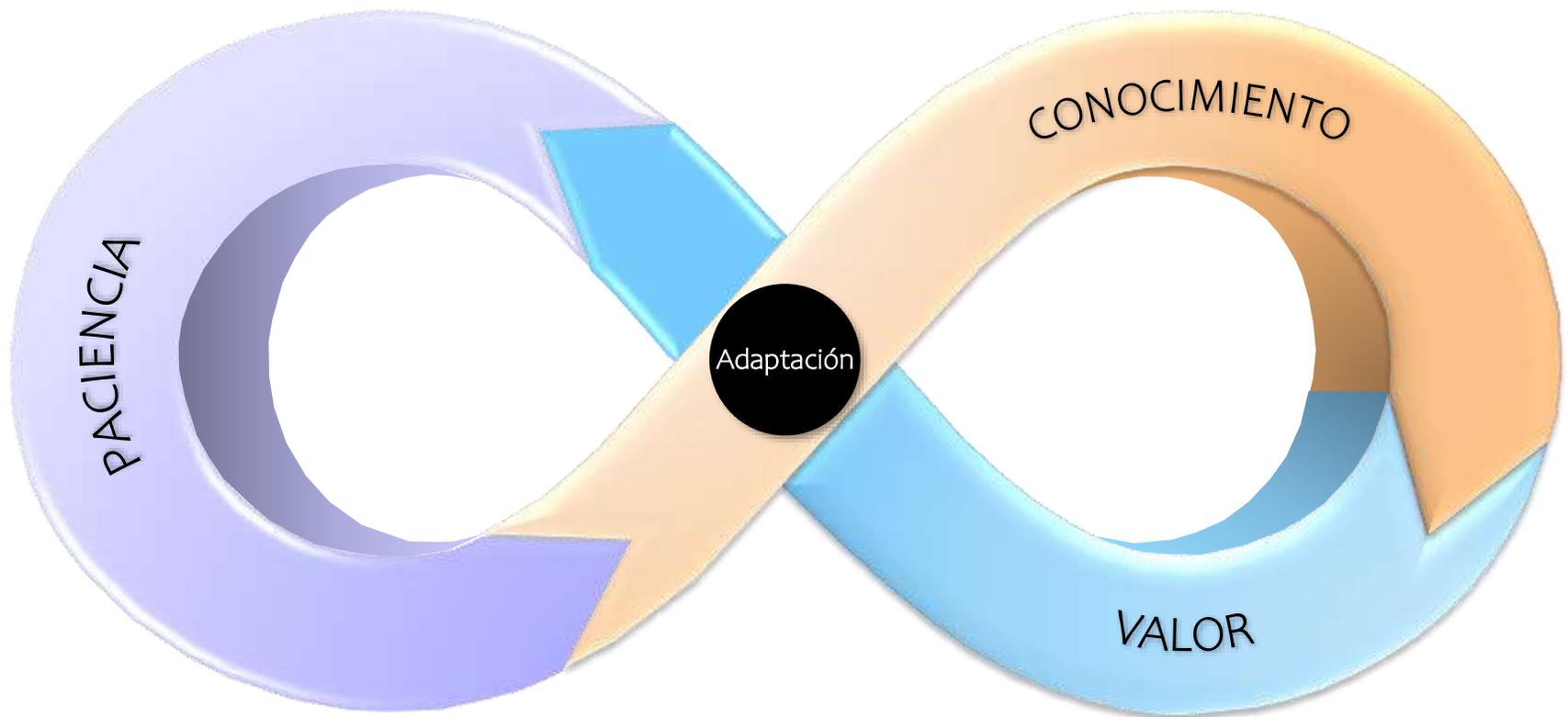
conocimiento se reconoció con el color amarillo, paciencia con el verde y el valor se identificó con el color azul. Posteriormente, se realizó una reducción de texto a palabras y expresiones significativas sin olvidar los objetivos de la investigación, recortando el texto en unidades de registro, y marcándolas de la siguiente manera: FamX/Iniciales del pseudónimo+ número de entrevista/ renglón de inicio-renglón de termino (ejemplo: FamD/CT1/89-95). Se prosiguió a la clasificación y agregación de los datos, seleccionando las categorías de la especificación de los temas de acuerdo a la investigación. Y, para la última etapa los resultados anteriores se evaluaron con los conceptos de cuidado y habilidades de cuidado de los autores propuestos, con el fin de interpretar y establecer las relaciones entre ellos.

7. HALLAZGOS

El desarrollo de las habilidades de cuidado se da a través de la adaptación a la diabetes dentro del núcleo familiar, como parte de la preocupación e incertidumbre ante el diagnóstico de la enfermedad se emprende un aprendizaje que permite comprender, motivar y acompañar a la persona con diabetes, es decir, dar apoyo y abrir paso a la adaptación mediante la suma gradual de acciones de cuidado, con el fin de mantener el bienestar familiar como un acto de amor.

Durante dicho proceso se desarrollan constantemente tres habilidades de cuidado, por un lado, la de conocimiento como resultado del aprendizaje emprendido que permite reconocer la triada de necesidades de la persona con diabetes, las limitaciones presentadas especialmente en la alimentación y las fortalezas que ayudan al cuidado. Además, del valor como resultado de la unión familiar para hacer frente a problemas y evitar el sufrimiento en el núcleo, esta habilidad apoya a la toma de decisiones y las redes de apoyo establecidas entre los miembros y con otras familias mediante experiencias previas, que permiten la comprensión, elemento de la tercera habilidad: paciencia, que permite evitar conflictos, empoderar al cuidado y generar conciencia de la enfermedad. (ver figura 7).

Figura 7. Desarrollo de habilidades de cuidado de la diabetes en la familia. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



7.1 Categoría: La adaptación de la familia a la diabetes

Se reconoce la adaptación a la diabetes dentro del núcleo familiar como parte de la preocupación e incertidumbre ante el diagnóstico de la enfermedad, que da pauta a una búsqueda de información a través de varios medios, con el fin de procurar el bienestar de la persona con diabetes y por lo tanto de la familia, comenzando el desarrollo de la habilidad de valor. Posteriormente, se emprende un aprendizaje que permite conocer las necesidades de la persona con diabetes y generar conciencia sobre la patología como parte de la habilidad del conocimiento, que conlleva a brindar apoyo familiar, es decir, comprender a la persona con diabetes, acompañarla en el proceso y motivarla a cuidarse, especialmente en dos aspectos: alimentación y tratamiento farmacológico, iniciando así el desarrollo de la paciencia.

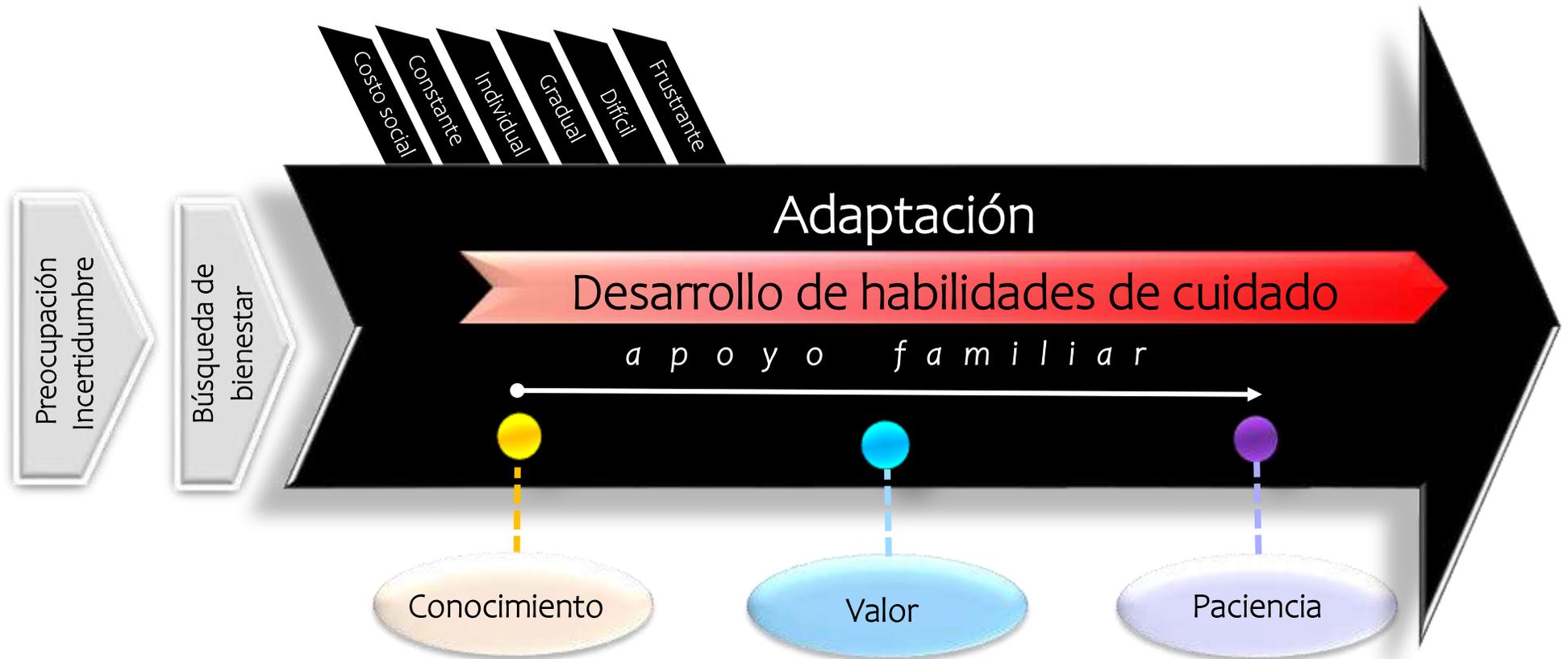
No obstante, es necesario que los integrantes tengan particularidades personales específicas como tener fuerza de voluntad, ser decisivo, responsable y disciplinado, porque la adaptación se caracteriza por ser difícil, frustrante y tener un costo social, asimismo, como un proceso individual, constante y gradual. (ver figura 8).

7.1.1 Subcategoría: Elementos que conforman la adaptación

Al inicio del diagnóstico la familia manifiesta preocupación e incertidumbre ante el desconocimiento de la enfermedad, el no saber cómo actuar y las reacciones propias de la familia. Por ello, surge la necesidad de **buscar información sobre la diabetes** que apoye las acciones de cuidado y a clarificar dudas, a través del personal médico, medios electrónicos (internet) y personas cercanas a su círculo social. Lo anterior, permitirá hacer cambios en la cotidianidad y comenzar el proceso de adaptación en la familia a la diabetes. A continuación, los discursos:

“...a un inicio, cuando me enteré que mi mamá tiene diabetes, me puse triste, y me preocupé ¡mucho!, porque no sabía porque pasaba, no sabía cómo le íbamos a hacer, como íbamos a cocinar, a cambiar lo que íbamos a hacer...”

Figura 8. Adaptación de la familia a la diabetes. (Castillo VDE; Ostigüín MRM. 2020)



¿qué iba a pasar?, ¿qué era lo que se nos iba a venir? ... ¿entonces como le íbamos a hacer?, no sabíamos cómo actuar [la familia]... y comenzamos a buscar por todas partes, a preguntar con conocidos, o en internet... aunque no es muy seguro...” (hija).

*“... [al comienzo de la enfermedad] **no sabía cómo iba a reaccionar mi mamá y toda la familia, que iba a pensar...** si lo iban a tomar bien, se lo iban a tomar mal, ¿sé si va a poner triste mi mamá?, **¿iba afectar a nosotros como su familia?, ¿Qué cambiaríamos?, me preocupe [...].** Entonces, lo que queríamos era saber qué hacer, para poder decidir lo mejor y evitar que más adelante mi mamá sufriera, **y pues nos pusimos a buscar por varios lados, preguntamos con el doctor, buscamos en internet, y pues también con la familia y conocidos, comenzamos a cambiar las cosas...**” (hija).*

*“... tratamos de ir corrigiendo esas cosas que no estaban bien [para la diabetes]... hasta que nos adaptamos, pero para eso tuvimos que buscar **la información o que la recibimos del doctor [...]** y así íbamos buscando dudas para saber qué hacer y adaptarnos...” (hijo).*

La familia reconoce que “**el cambio**” es ineludible para el cuidado, como parte de la adaptación. No obstante, para lograrlo es necesario generar conciencia sobre la enfermedad continuamente, para visualizarla como una condición cotidiana y no un evento emergente. En el siguiente texto se puede observar:

*“**Tienes que cambiar y si cambias te tienes que adaptar,** todos podemos adaptarnos, está en la naturaleza, pero **tienes que estar consciente de lo que pasa con eso [la diabetes],** pero ahora tú al levantarte **cada día** te tienes que cambiar ese chip, en pocas palabras te tienes que adaptar.” (esposa).*

Además de caracterizarse por estar motivada por la búsqueda del bienestar de la persona con diabetes, como un acto de amor y cariño familiar que se tiene hacia ella, así como, al tratar de evitar el desgaste y sufrimiento ante las complicaciones que se derivan, ya que el bienestar familiar va a depender del propio de cada miembro. Como se muestran en los textos:

*“...lo hacemos [refiriéndose a dar apoyo] **porque lo queremos...**” (hija).*

*“Lo hago [refiriéndose a dar apoyo] **porque lo quiero, porque quiero que este bien, [...] la enfermedad te desgasta mucho... y lo que quiero es evitar ese desgaste y sufrimiento en mi papá por las complicaciones, porque si él está bien todos estamos bien, somos una familia.**” (hija).*

*“... porque **lo que queremos** y es lo más importante es que **evite complicaciones, no la queremos ver mal, en un hospital y que esté sufriendo, por eso tratamos de apoyarlo en todo.**” (esposa).*

Sin embargo, la adaptación también involucra determinadas capacidades personales, entre las que se destaca: tener fuerza de voluntad, referida como la resistencia obligatoria al consumo de alimentos azucarados, que debe ser desarrollada por toda la familia, sin embargo, es una acción individualizada. Y, surge para apoyar a la persona enferma y a partir del deber y deseo de bienestar propio y familiar. Además, requiere una motivación explícita para evitar el consumo de determinados alimentos. Como se muestra a continuación:

*“...se **ve obligado a tener fuerza de voluntad...**” (hija).*

*“... [refiriéndose a la fuerza de voluntad] **es no comer equis cosa, aunque te guste o lo quieras, o lo desees; te resistes a comerlo, [...] en nuestro caso por apoyar a mi papá, y es importante que él y todos lo hagamos.**” (hija).*

*“...Esa fuerza de voluntad la tiene y tenemos [refiriéndose a la familia] a partir de qué **debe y quiere estar bien por él mismo y su familia... creo que depende de cada persona, porque necesitas tener fuerza de voluntad, no se... que haya algo que te motive a no comer tal cosa, o de que vayas a hacer ejercicio...**” (hijo).*

Entre otras capacidades se encuentran el ser decisivo, responsable y disciplinado particularidades desarrolladas desde de la infancia. Como se muestra a en los textos:

*“...mi esposo si **tiene voluntad**, él lo que dice, dice, igual y **lo que apoya es que es decidido**, eso, y que como también ya vio a sus papas batallar con la diabetes...” (esposa).*

*“... es una **persona decidida** [persona con diabetes], especialmente si sabe que es **por su bien.**” (hija).*

*“Le ayuda que es **una persona consiente y decidida, responsable y disciplinado**, que no es necio, que es así desde chiquito...”. (hija).*

7.1.2 Subcategoría: Características de la adaptación

La adaptación a las necesidades se caracteriza por ser **individual** y conformarse de diversas fases, de acuerdo a las características de cada miembro de la familia. Como se menciona a continuación:

*“... creo que más que nada es **cosa de cada quien** [refiriéndose a la adaptación]... **cada uno lleva un proceso diferente**, por ejemplo, a mi hermana, pues la verdad es que ya no le cuesta tanto trabajo, siento que tiene como... cómo esa **fuerza de voluntad** de mi papá... pero en mi caso siento que si caigo como la tentación luego de comer cualquier cosa.” (hija).*

*“No hay que estar todo el tiempo detrás de nosotros, diciendo: “no, no puedes, no debes”, porque al final si queremos, lo hacemos... siempre habrá una oportunidad, o más de una... **cada quien toma su decisión**...”. (esposo).*

Asimismo, no se lleva a cabo de forma esporádica, se visualiza como un cambio **constante y gradual**, en la que se van sumando acciones de cuidado encaminadas a la diabetes. A continuación, el discurso:

*“... yo creo que **fue un proceso de evolución** [refiriéndose a la adaptación], me refiero a que fue cambiando **poco a poco**, que fue incrementando los cambios para cuidar de la diabetes de mi papá...”. (hija).*

Sin embargo, no todas las familias distinguen azúcares de carbohidratos, lo que hace que algunas visualicen y reduzcan el cuidado de la alimentación a la restricción de azúcares. Pero cuando la familia identifica estos elementos, son capaces de hablar de un proceso de adaptación a nuevas formas de alimentación que tienen que ver con: tipo, porciones, preparación de los alimentos, descrito como **difícil** y necesario ante la convivencia cotidiana con la persona enferma. A continuación, lo testimonios sustentan el discurso:

*“Aunque, **ahorita lo hacemos todos [refiriéndose a disminuir el consumo de azúcar y carbohidratos], fue difícil, porque aún principio a mí y a mi hermana nos costó mucho trabajo, pero ya logramos adaptarnos a una nueva alimentación, ya sabemos que sí y que no, cuánto y cómo hacerlo porque no es lo mismo frito que asado...**” (hija).*

Además, la familia refiere la adaptación, como **frustrante y difícil**, especialmente al encontrarse en la disyuntiva de no consumir alimentos azucarados por decisión propia, al ser un acto incorrecto o realizarlo ante el deseo de ingerirlos. Por lo que, se da un ir y venir en este consumo por el continuo contacto con azúcares. El testimonio que lo sustenta:

*“... cuando tuvimos que irnos adaptando, cambiar tantas cosas... dejar todo eso del azúcar, pues me **frustraba**, porque **yo quería comer [azúcar]**, pero **¡no podía!** ...era difícil cambiar tantas cosas... digo **tampoco es como que me lo prohibieran**, pero simplemente, yo sabía que ya **no estaba bien**. Y, no te creas, **todavía como que me gana eso de estar comiendo chatarra y azúcar... es que como te digo, estamos siempre en ese contacto con personas que su la comen [azúcar]... ya conforme va pasando el tiempo lo vas dejando poco a poco.**” (hija).*

Sin embargo, la adaptación de la familia a las necesidades de la persona con diabetes es un requerimiento de cambios especialmente alimentarios, derivados de la enfermedad, y que frecuentemente implica un costo social ante otras familias, al ser catalogadas como diferentes. Como se muestra a continuación:

*“... **tenemos que adaptarnos a los cambios que la diabetes nos demanda...**” (hija).*

*“...ya estamos acostumbradas a comer lo que comemos normalmente, pues la verdad no sentimos feo hacerlo **y adaptarnos a la comida que se necesita, aunque no sea lo normal...**” (esposa).*

*“...**pues no deja de ser incómodo [la alimentación en actos sociales] para él [su padre], y el hecho de que asocien a nuestra familia como: “aquella que come diferente” [...]** ya somos toda la familia la que comemos algo diferente o dejamos de comer tal cosa...” (hija).*

7.1.3 Subcategoría: El apoyo en la adaptación

Otro elemento relevante **es el apoyo** que cada integrante ofrece a la persona con diabetes, mismo que involucra conocer a fondo sus necesidades para el control glicémico y habituarse a ellas, considerando que se tiene que hacer sentir y manifestar tal soporte. A continuación, los discursos:

“... importante [en la adaptación] es que tenga [su padre] nuestro apoyo, de todos [...] saber lo se necesita él para poder cuidar de la diabetes, de mantener la glucosa normal.” (hijo).

“...mi papá necesita que en la casa nos familiaricemos con lo que él tiene que hacer” (hija).

“... todos tenemos que apoyarlo, que sienta que sus hijas y yo [su esposa], estamos ahí para apoyarlo y cuando nos necesita.” (esposa).

“... es importante que sienta que lo apoyamos y que tenga claro que no es un sacrificio para nosotras...” (hija).

Entre otras actividades, involucra comprender al familiar con diabetes y hacer que se sienta acompañado en este proceso, además, de motivarlo a cuidarse, especialmente en relación a la alimentación, al representar felicidad para la familia generando un impulso de continuar brindado apoyo. Los testimonios a continuación:

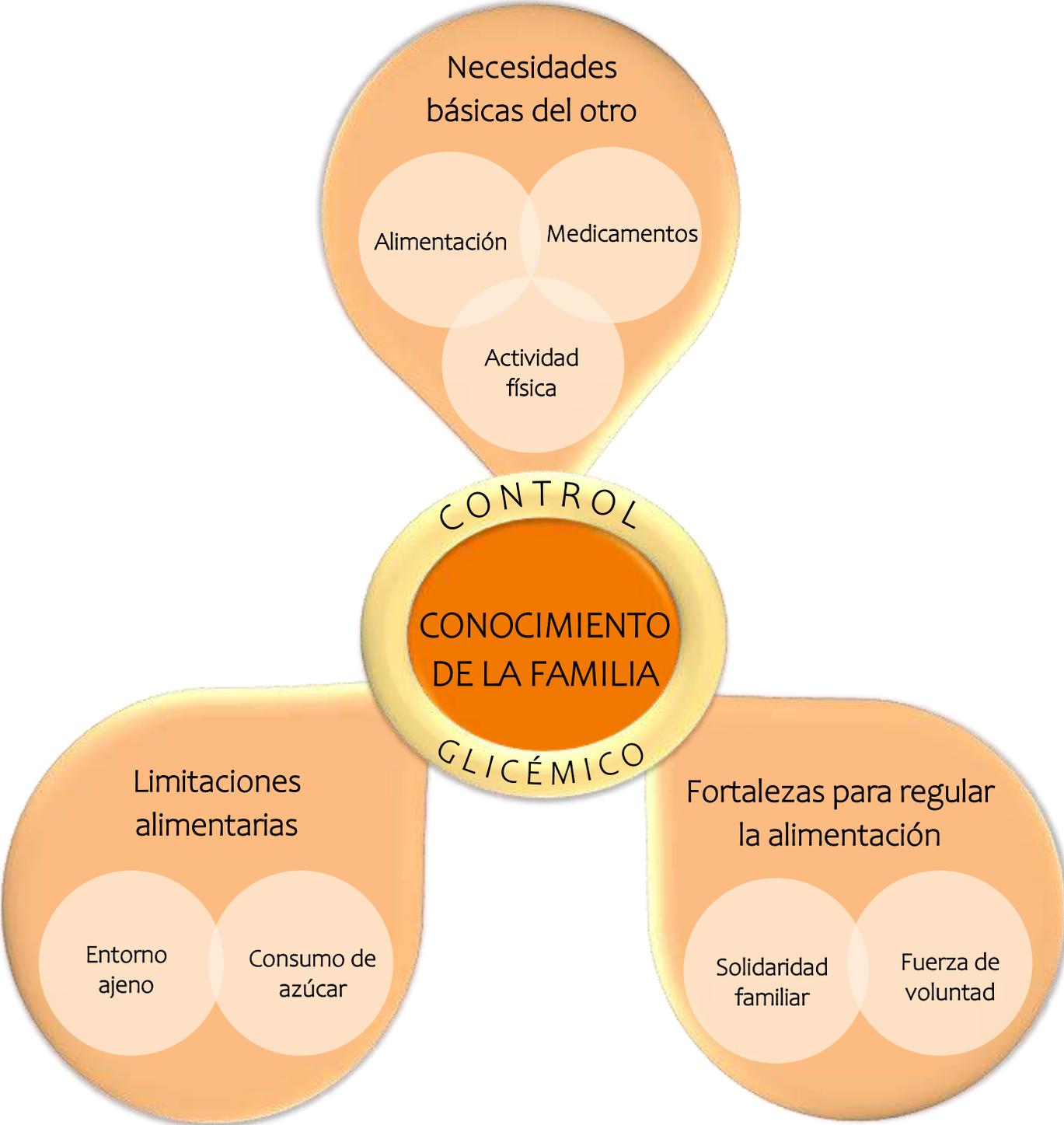
“...apoyarlo... a mi papá, entenderlo, tratar de hacer que se sienta bien y que no está solo [...]apoyarlo en esto de la alimentación más que nada... para que él también se motive a poder hacerlo [refiriéndose a cuidar de la diabetes]...” (hija).

“...si vemos las cosas buenas como eso... de que nos apoyemos [...] eso sí me da felicidad sí me pone contenta y me motiva a seguir haciéndolo...” (hija).

7.2 Categoría: Conocimiento de la familia

El conocimiento de la familia es una habilidad que se desarrolla a partir de tres elementos: el conocimiento de las necesidades basadas de la persona con diabetes, de las limitaciones alimentarias que se deben atender y las fortalezas necesarias para regular la alimentación. (Ver figura 9).

Figura 9. Categoría: Conocimiento de la familia (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



7.2.1 Subcategoría: Las necesidades básicas del otro

La familia identifica como necesidades básicas por conocer en la persona con diabetes a la triada: ejercicio, consumo de medicamentos y alimentación. Es posible reconocer en la familia desde los discursos estos elementos como indispensables para el control de la glucosa, sin embargo, refieren que lleva implícito un sufrimiento al tener que realizar acciones de cambio ante un estilo de vida acelerado de toda la familia, típico de la comunidad urbana. Como se menciona en el siguiente discurso:

*“...la diabetes también **te exige** qué debes de hacer **ejercicio** y **muchas veces no hay tiempo**, pues ¿a qué hora lo haces?... si llevas una vida de aquí para allá, simplemente no te da tiempo. Y, bueno **el medicamento dependerá mucho de todo esto, porque de qué sirve tomarlo si no te cuidas comiendo bien y haciendo ejercicio. Todo eso** hace que está enfermedad te la ponga **difícil**, porque sí lo haces [cuidarse] y **sufres al hacerlo, o no lo haces, pero te va acabando poco a poco...**”. (Hija).*

En cuanto al ejercicio la familia reconoce su influencia en el control de los niveles de glucosa, sin embargo, la reducen a la caminata y al correr, ambas actividades poco definidas en cuanto a estilo, duración, velocidad que podrían ser factores que determinantes. En pocas palabras carentes de un programa personalizado, como se representa en el texto:

*“También yo creo que el **ejercicio influye** mucho... que mi mamá tenga una actividad... que no esté nada más sentada, como, por ejemplo: **correr o caminar simplemente**; ella hace ese tipo de actividades”. (hija).*

*“...**necesita el ejercicio** para que no se le suba, ella que esta con que se le sube la glucosa, **debe de hacer ejercicio, se debe de cuidar**, por eso ella va a caminar en el deportivo, corre...”. (Hija).*

En lo que respecta al consumo de medicamentos, la familia identifica su importancia para controlar los niveles de glucosa y poder llevar una vida definida como “normal”, es decir, de calidad. Además, se visualiza al medicamento como sustituto de ciertas funciones del organismo deja de realizar como consecuencia de la diabetes, y como apoyo para prolongar vida de quien la padece. También, la familia reconoce de

estos en un horario establecido, no así la conjunción de medicamentos y las condiciones para tomarlos con alimentos o sin ellos, debido a una falta de atención por parte de los familiares de la persona con diabetes. A continuación, los testimonios:

*“Porque **si no se cuida se le sube la azúcar, aunque toma la pastilla, toma en la mañana** media pastilla y toma **otra media pastilla en la tarde, toma en la mañana media**, toma al medio día y **en la tarde antes de comer...**” (madre).*

*“... pues yo creo que **es necesario que ella tome sus medicamentos**, eso con mucha **disciplina...** porque es lo que le **ayudan a controlar la glucosa, para que lleve una vida normal, casi normal...** de calidad... eh [pensando], porque la insulina que ella ya no produce hace **que el medicamento lo haga por ella**, y eso le ayuda mucho...” FAMA/CR2/63-71. (esposo).*

*“... **es importante que mi mamá tome su medicamento para controlarla** [refiriéndose a la diabetes], y tenga una **mejor calidad de vida...** y no sé si va a vivir diez años, que viva trece o quince... aunque en si del medicamento no sé nada, **no he prestado atención**, ósea sé que se lo tienen que tomar diario, que la insulina se la tiene que aplicar en la mañana, pero con exactitud no se...” (hija).*

Además, en el tratamiento farmacológico la familia se implica al conocer el horario y apoyar en su consumo. No obstante, no se refiere el apoyo en la actividad física. A continuación, los testimonios:

*“Y, además **estoy al pendiente de cuando tiene tomar su medicamento**, como ella [refiriéndose a su mamá] me enseñó sobre eso, y también yo le preguntaba para que era, **aprendí...**” (Hija).*

*“... le pregunto si se tomó el medicamento, porque puede que se haya **olvidado [a su papá]**, y si no se lo ha tomado **se lo doy yo...**” (Hija).*

La familia reconoce que la alimentación es una costumbre que se ha desarrollado a lo largo de la vida de la persona con diabetes, y es difícil de modificar al ser la alimentación parte de un acto de socialización. Sin embargo, reconocen que es el eje principal del control de glucosa. A continuación, los testimonios que lo sustentan:

“... **cosas que le gustan demasiado** [en relación a la comida] y como esta tan acostumbrada, al ser una **costumbre** que viene desde niña, porque siempre antes en el **desayuno** y después de cada comida en su casa se tomaba café negro, **se le quedo esa costumbre y le es muy complicado dejarlo**, aunque trata de como cuando va con mi abuelita y están tomando café, toma café... a modo de acompañarlas, ese hecho de que encuentra con **esas situaciones no beneficia en nada el que pueda cuidarse.**” (hija).

“... creo que **la alimentación es la principal ayuda... el principal apoyo para mantener la glucosa controlada**, que esté bien, que esté sana.” FAMA/CA1/47-50. (hija).

Por lo que, la familia se suma a las acciones y opiniones relacionadas a la alimentación, al involucrarse en la preparación, llevar un consumo igualitario al de la persona con diabetes que incluye la reducción de azúcares, al limitar la familia el consumo, a partir de un aprendizaje en el que se discierne alimentos poco favorables a la persona con diabetes. Como se observa a continuación:

“... por eso trato de **ayudarla uniéndome** a ella, es decir, que **trato de yo tampoco tomar o comer cosas** que ella no puede, **apoyándola en hacer la comida** o incluso las diferentes cosas de la casa, todo teniendo cuidado que sea lo saludable para todos, **aprendimos que sí y que no comer...**” (hija).

“... **antes nosotros [la familia] tomábamos el café con azúcar** [...] Entonces dejamos ciertos puntos a partir de que comenzó [la mamá] a cuidar su alimentación...” (hijo)

“... **le ayuda que nosotros [su hermana y él] le decimos que no coma algunas cosas**, sí estamos comiendo y agarra un pan, le decimos que no, aunque se sienta feo, pero decidimos hacerlo por su bien...” (hija).

7.2.2 Subcategoría: Limitaciones alimentarias

La familia se enfrenta al reto de adaptarse a las modificaciones de la alimentación como parte de un proceso de 24 horas y de 365 días a partir y mientras se viva con la enfermedad, lo que conlleva un desgaste constante tanto de la persona que con

diabetes como para el núcleo básico, ya que tienen que contender con las prácticas de consumo de azúcares. A continuación, los discursos:

*“... la verdad **es difícil dejar de comer azúcar**, y es que esta en todos lados, yo me pongo a pensar y **mi papá la tiene difícil al igual que nosotros...** pero el más... porque va a trabajar y todo lo que venden es muy dulce, y eso **es algo que siempre tienes que hacer, que siempre tiene que comer como se debe por la diabetes, no es que un día pueda descansar...**”.* (hija).

*“... **es difícil comer como se debe**, porque, por ejemplo, vamos a una fiestecilla y es lo mismo, **aunque eso sí a cómo pasa el tiempo te vas acostumbrando poco a poco**, hasta que lo dejas totalmente, aunque todavía en lo personal tengo tentación de comer cosas dulces [sonrisas]... **por eso mi papa se las ve difícil por en ocasiones nosotros comemos azúcar y el no...**”.* (hija)

La familia identifica su **entorno** como **ajeno** a la enfermedad y a la persona con diabetes, lo que la hace poco favorable para el control de la glucosa. La persona con diabetes no pocas veces se ve inmersa en una confrontación con el entorno social cuando de alimentos se habla, ante esta situación se enfrentan al reto de abordar el tema con terceros. Como se muestra en los siguientes discursos:

*“Y creo que lo que **le afecta es que su entorno no está ligado a la enfermedad que ella tiene [la diabetes]...** y pues como **es la única** que debe de cuidar su alimentación...”.* (hija).

*“...**la más destacada es su entorno** [refiriéndose a la mayor dificultad], porque donde quiera que vaya ya sabe [la mamá] que, por ejemplo, **si nos invitan** a comer o algo así... les tiene decir que no, que no puede por favor... **por ciertos motivos...**”.* (hija).

*“... ya con esta enfermedad [la diabetes] requiere más cuidados [...] **porque les dañan mucho y no pueden comer muchas cosas, aunque va a fiestas** y le invitan no toma refrescos, lleva su botella de agua, tienes **que decidir cómo es que le harás para poder comer y beber como se debe, sin que ofendas a los demás ...**”.* (madre).

Por otro lado, la familia visualiza que la **responsabilidad** del que comer, es **particular de la persona con diabetes**, pero no del núcleo familiar, aunque sí discierne entre los alimentos permitidos y los que no. Como se muestra a continuación:

*“...más la alimentación **debe de comer como ya sabe** ella, debe de comer y lo que no. Por ejemplo, **yo sé que debe de comer** al vapor la verdura y le pone poquita sal y también el chayote, el ejote, la calabaza. Tampoco, **no puede comer todas las verduras**, la fruta, por ejemplo, la manzana si la pude comer, pero el mango, el plátano casi no, **porque contienen mucha glucosa**, de esos casi no debe de comer o se le sube, aunque toma pastilla de repente se le llega a subir.” (madre).*

El aprendizaje para reducir los azúcares en las comidas es una difícil experiencia siempre y cuando la familia no modifique el qué, cómo y cuánto, ya que implica establecer una dinámica y mutuos acuerdos entre los integrantes de esta. Sin embargo, este proceso se lleva a cabo de forma individual, en el cual cada integrante de la familia lleva un ritmo de adaptación caracterizado por una resistencia inicial a dejar de consumir azúcar y una demanda de tiempo, además, la familia identifica al apoyo brindado a la persona con diabetes no obligatorio. A continuación, los testimonios:

*“Y nos veíamos [refiriéndose a la familia] en la necesidad de echarle otra cucharada de azúcar [al café], creo que **eso fue lo más difícil... aprender a bajar los niveles de azúcar** que teníamos [refiriéndose a la familia].” (hija).*

*“Ah, **pues de la comida [refiriéndose a que es lo más difícil]**, lo que se tiene que comer, **porque nos tenemos que poner de acuerdo de que o cómo voy a cocinar**, o que van a comer y como tengo que hacer muchas comidas se me hace tarde...” (madre).*

*“... dependía de cada quien, si lo hacía o no [refiriéndose a la alimentación]... **no te pueden estar obligando**, andar detrás de ti para que apoyes a mamá [...] **yo creo que nos costó a todos [la familia]**, ¡y eso se notaba!, porque se veía una **resistencia dejar de comer azúcar**, no es que lo hayamos hecho de un día para otro, definitivamente **llevó tiempo.**” (Hija).*

7.2.3 Subcategoría: Las fortalezas para regular la alimentación

La familia identifica como fortaleza que ayuda a establecer la alimentación que demanda la diabetes a la **fuerza de voluntad** por parte de la persona con DM2, e implica evitar o limitar ciertos alimentos a pesar de las preferencias personales, esto como parte del control glicémico. A continuación, los discursos:

*“...**tenga fuerza de voluntad es lo que le ayuda para su glucosa**, porque cuando le damos un dulce para que lo pruebe, ella no lo recibe o cuando... o cuando hay tamarindo o esquites, nunca se los acaba, **los comemos nosotros** [su hermana y él], ella nunca se los come todos...”. (Hijo).*

*“...tiene **mucha fuerza de voluntad**, porque luego hay cosas que le gustan y no puede comer y las evita... **aunque le guste mucho, mucho... no se lo come... se resiste, así los demás estén comiendo...ella ¡no! ...**”. (hija).*

No obstante, la familia identifica como fortaleza de sí misma, a la **solidaridad** que brinda a la persona con diabetes ante la alimentación que se requiere para mantener el control de la glucosa, misma que funge como apoyo y acompañamiento a la persona enferma. La existencia de la solidaridad familiar hacia la persona con diabetes se presenta al buscar su bienestar y el propio de la familia, se logra mediante la comprensión y crear conciencia de los alimentos y bebidas poco favorables para la salud. A pesar de la dificultad que implica para toda la familia, incluyendo a la persona diagnosticada con diabetes. A continuación, los testimonios:

*“Tratamos de **disminuir el azúcar y carbohidratos** para estar más sanos y también **socializar con la alimentación** de mi mamá, **para que no se sienta sola, que se sienta acompañada**, que **no se le antoje** lo que nosotros estamos comiendo, tomando.” (hija).*

*“...Alguna de las comidas la haremos con ella [refiriéndose a su mamá]... al menos una por día. Entonces, es algo inevitable... **si no nos adaptamos a comer menos azúcar ¡era imposible! para poder tener una buena convivencia** o comer a gusto. Además, creo que también **es parte de que la apoyemos** [a la mamá], de que*

estemos ahí con ella, **¡pues nosotros somos su familia! y si no la apoyamos nosotros, pues ¿quién? ...**” (hija).

*“Tampoco debemos consumir comida chatarra **si queremos que mi mamá este bien**, ¡ya que eso nos hace daño! [consumir comida chatarra], todos hemos logrado comprender que los refrescos y los dulces hacen daño [...], si todos hacemos eso **ayudamos a mi mamá para que se adapte más fácilmente a lo que tiene que comer**, aunque claro, **eso no le quita lo complicado**, porque si a nosotros nos cuesta... [la voz se hace más tenue y pone expresión facial de desánimo], no me quiero imaginar lo que a ella...”. (Hija).*

7.3 Categoría: El valor familiar

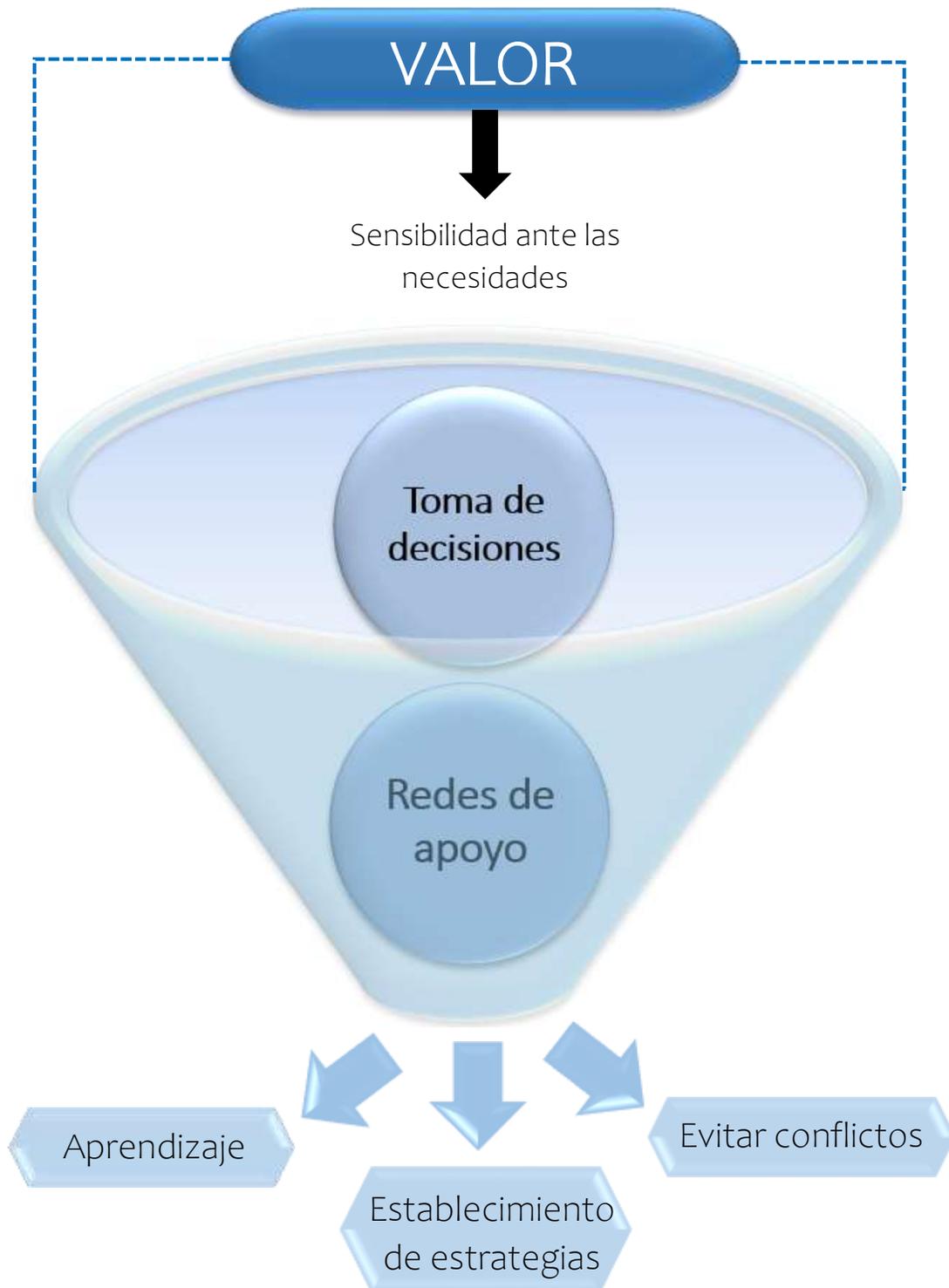
El valor es la sensibilidad estar abierto a las necesidades del presente, implica y la toma de decisiones e identificación de sus redes de apoyo que favorece la disminución de la incertidumbre y preocupación en la familia de la persona con diabetes. (Ver figura 7).

7.3.1 Subcategoría: Toma de decisiones en la alimentación

La familia indudablemente se expone sensible a las necesidades de la persona con diabetes, al reconocer la enfermedad como responsable de dañar a la persona que la padece durante toda su vida y la obliga a dejar aspectos significativos para ella, particularmente relacionados a la alimentación, que implica una limitante en la socialización en eventos especiales que conllevan el consumo de alimentos específicos poco favorables a la diabetes. A pesar de ello la familia solo tiene una opción, **debe enfrentarse a la enfermedad mediante la unión** de sus miembros, de tal manera que la toma de decisiones la familia las realiza en función de lo que el otro no debe comer. Como lo demuestran los siguientes testimonios:

*“... para mí **la diabetes es una enfermedad que te desgasta**, que **nunca se va a curar hasta que se muera**, [...] porque la está **desgarrando** [...] pero pues **tenemos que apoyarla todos, unirnos y tratar de hacerlo mejor posible y así decidir cómo enfrentar lo que se venga...**”. (esposo).*

Figura 10. Categoría: El valor en la alimentación familiar. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



*“... [la diabetes] ¡te obliga a cambiar todo!, tu estilo de vida [...] mi mamá **deja cosas sentimentales atrás... cosas que para ella significa mucho [...]** no estamos [la familia] **en un entorno en el que se pueda fácilmente adaptar este nuevo estilo de vida**, porque casi nadie lo hace... ¡se ha vuelto tan **común!**, que ya **es algo normal**, es como si ahora ya fuera **parte de nosotros**, no te queda de otra más que **hacerle frente [a la diabetes]**, ahí es donde te das cuenta con **quién cuentas y con quién no**, bien dicen que **la cara de quienes te apoyan sale en los momentos difíciles.**” (hija).*

El valor surge a partir del deseo de bienestar familiar, que lleva a tomar decisiones seguras encaminadas al cuidado de la diabetes con mayor confianza, especialmente para hacer frente a futuros problemas como las comorbilidades, a pesar de la incertidumbre y preocupación. Como se muestra a continuación:

*“... el **no saber** cómo va a estar mi papá y nosotros [la familia], **me preocupa**, porque de la diabetes salen muchas otras enfermedades, y uno no sabe cómo actuará [la diabetes], **pero el querer estar bien es lo que impulsa a cuidarnos**, especialmente a mi papá, eso es lo que nos da el valor de enfrentar las cosas malas que vengan [...] y para tomar las mejores decisiones, con más seguridad y confianza, siempre de la mano de Dios...” (Hija).*

*“... hasta donde tengo conocimiento la mayoría de las personas con esto [la diabetes] terminan muy mal, o al menos **eso es lo que he visto...** es por eso que **me pongo a pensar, me preocupa ¿cómo va a estar más adelante?** [refiriéndose a su mamá], y **¿yo lo voy a tener o no?** [refiriéndose a la diabetes] [...] por eso buscamos [la familia] hacer cosas positivas, para que mi mamá este bien, **para cuidarla y para que nosotros estemos bien, todo lo que decidimos hacer o no hacer, es basado de eso [el cuidado de la diabetes]**” (hija).*

Asimismo, la familia refiere que las decisiones más difíciles son en relación al consumo de azúcar, ya que demanda tiempo y es individualizada. A continuación, el testimonio:

*“Pues, creo que **la decisión más difícil es dejar de comer azúcar**, es una **decisión que tomamos de manera personal a su tiempo [...]** Esta decisión la tuvo que tomar cada quien...” FAMA/CA/227-230. (Hija).*

7.3.2 Subcategoría: Redes de apoyo

La familia reconoce las redes de apoyo con las que cuenta, son favorables para hacer frente a diversas situaciones. Por un lado, se manifiesta la red interna, es decir, la que se establece entre los miembros del núcleo familiar, y por otro la externa, haciendo referencia a familias que han pasado por un proceso similar. Asimismo, la familia reconoce que la incertidumbre es disminuida a través de dos situaciones, por un lado, mediante como grupo familiar de apoyo para aprender a conocer la diabetes y cómo actúa en quien la padece, lo que incluye las nuevas condiciones, particularmente las alimentarias y conocer los síntomas, e identificar la red de apoyo externa con la que cuentan, conformada principalmente por familias que ya han llevado un proceso de adaptación a la diabetes, y ayudan a enfrentar problemas relacionados a la enfermedad, y establecer estrategias propias mediante el ejemplo. Como se muestra en los testimonios:

*“...pero antes **cuando recién le dijeron [a su hija con diabetes] que tenía eso [diabetes] me preocupaba más [...], pero pos´ ahorita ya más o menos me doy cuenta que tiene, como se siente cuando se pone mala [su hija con diabetes], que necesita, que come o no, ¿ya que voy a hacer?, tratamos de pensar cómo se siente ella, porque ya todos [la familia] entendemos y sabemos cómo se tiene que cuidar [la persona con diabetes], fuimos aprendiendo como familia, para apoyarnos entre todos... para bien y para mal como hacerle entre todos, saber con quién contábamos, quién nos tendía una mano... y cuáles son los puntos fuertes de cada uno [de la familia]...”** (madre).*

*“También, **alguien ya de experiencia [...] te da como recomendaciones** de qué hacer en esos casos, **y ya tú puedas tomar la mejor decisión, te orienta** porque tal vez ya estuvo en ese momento, pasó por lo mismo...”* (hija).

Entre las estrategias que las familias desarrollan como parte de las redes de apoyo para la adaptación y afrontamiento del control de la glucosa, considerando lo que la persona con diabetes necesita se identifican tres:

- El repliegue. En donde la familia opta por retirarse como espacio para coadyuvar desde ella misma al control de la diabetes. Este repliegue es temporal.

- La intermediación. En donde la familia interactúa con la persona enferma a través de un interlocutor familiar que sea reconocido por la persona enferma con valor en opinión. El intermediario ofrece acciones conjuntas para llegar a acuerdos que permitan el control de la enfermedad.
- La explicativa. En donde la familia ofrece explicar las razones para adoptar nuevas prácticas en pro del control glicémico.

A continuación, el discurso:

*“Pues **cuando mi mama hace algo que no ayuda a su glucosa**, y que sé que afecta su salud [...] **trato de irme a otro lugar**, para después hablar tranquilamente, hay veces funciona otras no... y ahí es donde **le dijo a mi abue [abuela], para que hable con ella [con su madre] y la haga entender**. Y, es como acepta alguna cosa, **eso si hay que decirle el por qué, o no te hará caso**. Pero al final, como es para su salud si te escucha, porque todo lo aprendemos ya sea aquí entre nosotros o viendo lo que ha pasado con mis tíos”. (hija).*

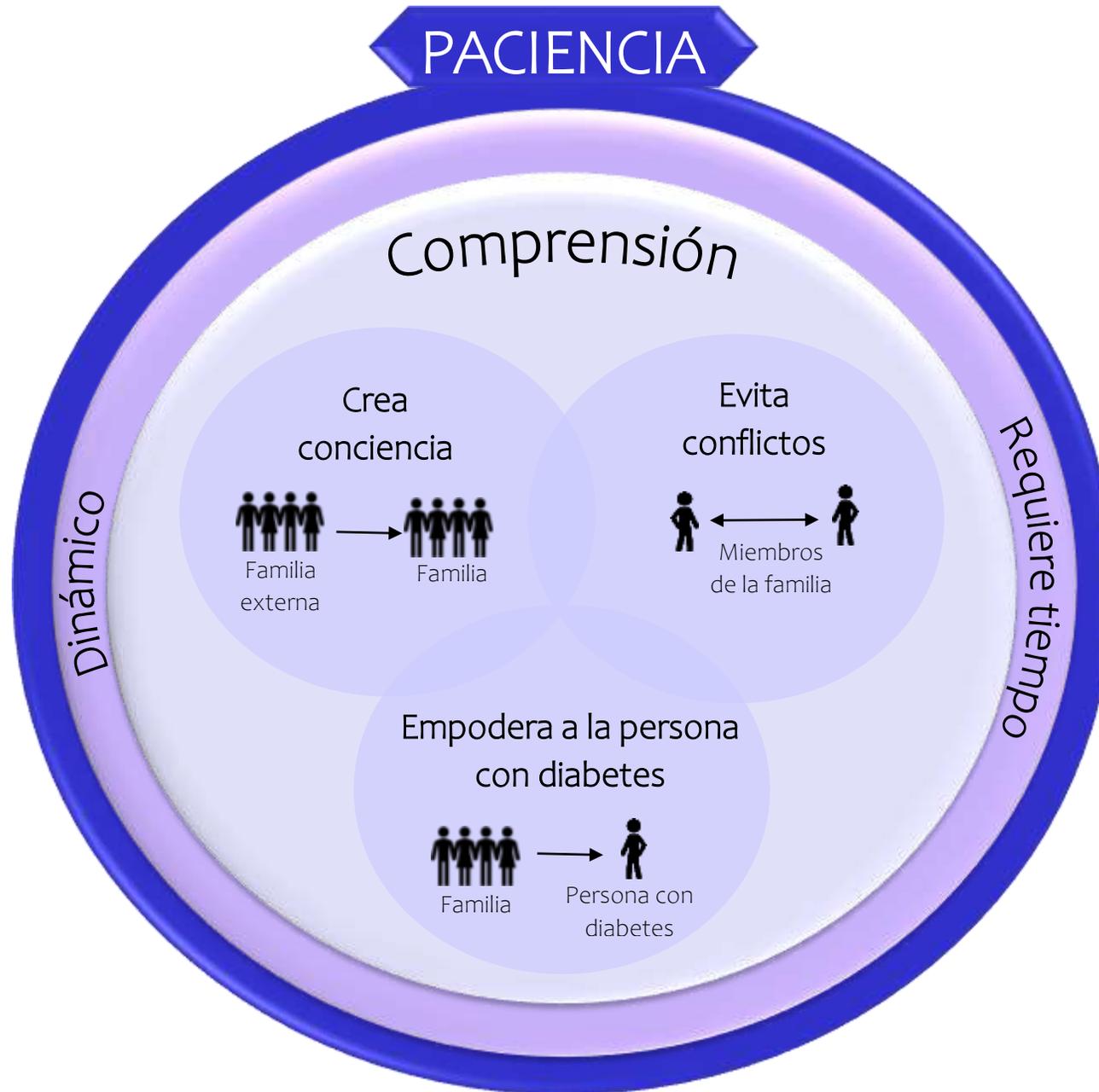
7.4 Categoría: Paciencia para con los otros

La paciencia es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración y comprende la comprensión entre los miembros de la familia, la persona con diabetes, así como de familias cercanas con experiencia en la enfermedad. (Ver figura 11).

La familia se enfrenta al reto de adaptarse al cuidado de la diabetes por ser dinámico y requerir tiempo, por ello un elemento fundamental para lograrlo es la paciencia de cada integrante de la familia para con los otros. A continuación, el discurso:

*“... pero es muy **difícil [la adaptación a la diabetes], por eso necesitamos ser muy pacientes todos, eso es importantísimo o esto no funciona... aunque claro, ya conforme va pasando el tiempo mejora.**” (hija).*

Figura 11. Categoría: Paciencia para con los otros. (Castillo VDE; Ostiguín MRM. 2020).



La paciencia involucra comprender y entender al otro para evitar conflictos dentro del núcleo familiar, además resulta un elemento utilizado para empoderar a la persona con diabetes en su cuidado propio, pero especialmente relacionado la alimentación ante la dificultad de modificarla. A continuación, los discursos que lo sustentan:

*“... tenemos que **tratar de entenderla, de comprenderla...** porque no es **nada fácil**. Además, todavía nosotros [la familia] podemos darnos la oportunidad de comer de repente cualquier cosa, pero ella ¡no!, porque está con ese pendiente [diabetes]...” (esposo).*

*“...nada más nos dice qué es un antojo, pero ¡normal!, que es un ¡antojo normal!, como te digo, también **tenemos que comprenderla**, por ejemplo, a lo mejor ahorita lo vemos así o luego tratamos de **no molestar... no se estar peleando con ella** [refiriéndose a su mamá], porque ¡no tiene sentido!, si le llamamos atención... pero nada más... **tenemos que dejar que ella tome las riendas de esto [la diabetes]...**” (hija).*

Al surgir un proceso de comprensión entre los integrantes de la familia, y especialmente con la persona enferma respecto a la alimentación, en el cual se involucran todos, se debe de conocer que se puede consumir, así como los gustos y preferencias, ante ello la persona encargada de preparar los alimentos se enfrenta al reto de elaborar diversos platillos. Como se muestra a continuación:

*“... entonces, **tenemos que ser un equipo, cada uno [de la familia] poner de su parte y saber entender a los demás**, así como **todos colaboramos** para mantener la casa en orden y limpia, ¡lo mismo es aquí con la comida!, incluso hasta más importante, porque es la salud...” (hija).*

*“...yo trato de ayudarla [a su hija con DM], **como ya sé que no debe de comer yo trato de hacer lo que, si puede comer [...]** porque hay veces, aunque sea le hago para los niños, no les gusta, entonces hago otra comida diferente, luego por eso se me hace tarde, porque tengo que hacer una comida para mi esposo, porque él come muy diferente...” (hija).*

Asimismo, la comprensión no surge únicamente entre los miembros de la familia, también se refiere de familias externas hacia la misma, consecuencia de compartir

el sentir de la experiencia de la diabetes, por lo que surge el apoyo. Además, las experiencias previas de familiares y propias, ayudan a crear conciencia de que cada uno lleva un proceso diferente en cuanto al adaptarse a la dinámica que exige la diabetes para el bienestar propio y familiar. Como se muestra en los siguientes discursos:

*“Entonces, él [refiriéndose a su tío] ya tiene la experiencia y toda su familia, **ya saben que hacer... incluso nos comprenden** [a la familia participante], porque **ya saben cómo se siente y te transmiten su experiencia, y saben cómo decirlo...** son más **pacientes con nosotros** [la familia], de alguna forma se siente su apoyo, que te comprenden...” (hijo).*

*“...entonces creo que esas experiencias que vivimos y tuvimos, ya hicieron que nos creáramos la idea de cada uno lleva su tiempo para adaptarse a la **diabetes**, que no es sencillo y en nuestro caso nos hicieron [refiriéndose a la familia] cambiar **de idea... ver que los otros cambiaban** [los de su entorno] **con tal de estar bien** y que entre todos **apoyaban y ya aprendimos.**” (hija).*

8. DISCUSIÓN

El diagnóstico de la diabetes representa un parteaguas en la persona con diabetes, pero también en la familia, por el vínculo afectivo que se tiene con la persona involucrada, por ello se comienza un proceso de adaptación a los cuidados que demanda la enfermedad, y con ello realizar cambios en el estilo de vida familiar, durante el cual se desarrollan habilidades de cuidado, al respecto estudios realizados con población México-Americana, señalan que el proceso de adaptación es llevado a cabo de acuerdo con la cultura, status social, nivel escolar y rol que se desempeña en la familia^{77,78,79}. Además, Forero y Cols.⁸⁰, refieren a los cambios de estilos de vida como fundamentales para el manejo de los pacientes con diabetes. No obstante, se reconoce a la diabetes como una enfermedad difícil de tratar por el daño que causa en la persona con diabetes, y al ser identificado este padecimiento como el responsable de enfermar la sangre de por vida que afectará a los órganos

y sus funciones, por lo que, la persona con el padecimiento y su familia se tienen que acostumbrar ante la cronicidad⁸¹.

Por lo que, inminentemente el cuidado de la diabetes altera la vida familiar e impone nuevos y permanentes desafíos, así como, cambios en cuanto al tipo y la calidad de relación de familia con la persona que padece diabetes, ya que condicionan una mejor tolerancia y adaptación a los cambios alimentarios, hallazgo que coincide con lo reportado por Mendizábal y Pinto⁸². A pesar de ello, estudios señalan que pocas veces la familia se une a dicha adaptación^{83,84}, lo que deja ver que en múltiples ocasiones resulta difícil llevar un control de la enfermedad, porque a pesar de ser un proceso individual el apoyo familiar resulta elemental, que debe presentarse de manera constante, sin embargo, al ser gradual da pauta a que los miembros de la familia se sumen a las acciones de cuidado.

Cabe mencionar que los cambios alimentarios son los reportados como los más “difíciles”, hallazgo que concuerda con lo reportado por Ahmed y Yeasmeen⁸⁵, al referirlos como un desafío personal. Además, Hollan⁸⁶ en su estudio los señala como un proceso complicado en el cual la familia manifiesta estrés y frustración al no lograr los objetivos buscados, especialmente en la preparación de alimentos. Sin embargo, según Walker y cols.⁸⁷ el género femenino es el predominante en la preparación de alimentos recomendados y vigilar el tipo, así como, cantidad que se consume. Beverly y cols⁸⁸, en su estudio reconocen que las familias urbanas, como es el caso de las participantes en la investigación, relacionan los cambios de estilo de vida que demanda la diabetes con el estrés y ansiedad, al tener que abandonar aspectos de su cotidianidad, pero no se encontraron investigaciones que establezcan una relación con el sufrimiento, de acuerdo a lo hallado en esta investigación.

También, se ha encontrado que la cohesión y el funcionamiento familiar están positivamente relacionados con los comportamientos de autocuidado de los pacientes y con las mejoras en el control de la glucosa en sangre, especialmente la

familia identifica aspectos: realizar actividad física, consumir medicamentos y llevar una dieta específica, esta última en menor porcentaje ^{89, 90, 91, 92} , además en el presente estudio se reconoce a la alimentación como el eje primordial del control glicémico. No obstante, se debe considerar que para el caso de las familias urbanas, conllevan un ritmo de vida que limita las actividades de cuidado a la diabetes, especialmente en aquellas personas que son el sostén económico, como es el caso de los participantes de esta investigación⁹³.

Si bien, se tiene presente esta triada de actividades, la familia no tiene el mismo nivel de conocimiento de ellas. Por un lado, se sabe de la necesidad de una alimentación determinada que resulta fundamental e importante para la familia, al respecto Durán y cols.⁹⁴ mencionan que en familias mexicanas las costumbres alimentarias forman parte de su cultura y es un aspecto que las definen, por lo que, al enfrentarse en la disyuntiva de elegir entre realizar cambios en ella o estar saludable les resulta difícil decidir, situación que explica lo encontrado en esta investigación.

Pikkemaat y cols⁹⁵. refieren que la diabetes demanda cambios en el estilo de vida, que conlleva el abandono de costumbres alimentarias y de la rutina diaria para realizar actividad física y programar el consumo de medicamentos, y con investigaciones mexicanas, al considerar que la dieta altera situaciones culturales, especialmente en aquellas propias de la alimentación del mexicano por la costumbre de celebrar acontecimientos importantes con el consumo de alimentos que limita la participación de las personas, sobre todo, porque la comida tradicional mexicana es rica en carbohidratos ^{93, 96, 97, 98} .

Asimismo, se considera la actividad física como una herramienta terapéutica efectiva en el tratamiento de la DM tipo 2, especialmente asociado al control glicémico. Referente a ello, según Juárez y cols.⁹⁹ las familias identifican a la caminata como actividad predominante, lo que concuerda con lo encontrado en la investigación, además, refieren que las familias muestran disposición a realizar ejercicio junto con la persona enferma a pesar de no existir una programación concreta para ello, aspecto que es apoyado por Baing y cols.¹⁰⁰ que conjuntamente

reconocen al apoyo familiar como factor que incentiva esta actividad, sin embargo, a pesar que las investigaciones fueron realizadas con poblaciones similares a la presente, los últimos puntos no se lograron visualizar en el estudio. Es importante señalar que en ninguno de los casos se plantea un plan de ejercicio personificado, que da pauta a relacionar la falta de diversidad de actividades a realizar.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, Agbre y cols.¹⁰¹ reportan que las familias lo perciben como apoyo para mantener el control de la glucosa porque ayuda a mantener el control en su vida, en paralelo, contrario a los hallazgos un estudio mexicano reporta que lejos de ser percibido el medicamento como sustituto de funciones de organismos, se reconoce como el causante del deterioro de los mismos. Dentro de este marco, la pesquisa en familias colombianas da a conocer las estrategias utilizadas por la persona con diabetes y familiares para el consumo de medicamentos, ello incluye que todos conozcan el horario y dosis de consumo, pero no reacciones adversas, y las condiciones requeridas, aspectos encontrados en las familias estudiadas. No obstante, se sabe que las familias mexicanas muestran falta de conocimiento en cuanto a la dosis y efectos secundarios, así como, se desmerita el uso de fármacos, por lo que surge la automedicación y practicas alternativas como sustituto. Cabe señalar que en las familias participantes no se establece alguna estrategia para apoyar al consumo farmacológico.

Además de las necesidades, la familia conoce dos fortalezas con las que cuenta para realizar acciones de cuidado en pro de la diabetes. Por un lado, la fuerza de voluntad por parte de la persona con diabetes, especialmente en el consumo de alimentos, al respecto Hernández-Romieu y cols¹⁰² mencionan entre las razones para no seguir dieta y no tomar medicamentos en una persona con diabetes a: tener “poca fuerza de voluntad” relacionada a la cultura y nivel socio-económico, los últimos aspectos influyen en las preferencias personales, situación que podría ser explorada en investigaciones futuras. Pero la fuerza de voluntad no siempre se considera como punto favorable.

Otra fortaleza es el apoyo familiar, especialmente el vinculado a la alimentación al asociarse significativamente con el control y disminución de la glucosa¹⁰³.

Conjuntamente, Watanabe y cols.¹⁰⁴, en 2010 identificaron en población japonesa al apoyo familiar como un componente crucial para el logro del control glicémico. En relación con lo anterior Pérez y cols. muestran en su estudio realizado en familias cubanas de clase media, que la solidaridad como parte del apoyo surge en base a la función familiar que se tenga, involucrando el rol que desempeña cada miembro, y especialmente la relación de todos con la persona que padece diabetes porque está directamente relacionada con la empatía generada. A partir de ello, resulta interesante implementar la educación en diabetes en familias de forma personalizada, explorando a profundidad la dinámica y relación que tiene entre los miembros, ya que de eso dependerá en gran parte el interés y compromiso que demuestren.

En contrapunto, la familia sabe las limitaciones que se presentan, muchas de ellas son características del proceso de adaptación y que significan una barrera a vencer, especialmente aquellas que influyen en el consumo de alimentos, por ejemplo, la familia se reconoce ajena al entorno requerido para el cuidado, aspecto que según Dao y cols.⁹³, Rose et al.⁹⁸, Booth y cols.¹⁰⁵, los familiares y amigos son un muro para que la persona con diabetes se cuide, al no estar familiarizados actividades necesarias, no apegarse a planes, consumo de comida y horarios. Asimismo, Lawton y cols.¹⁰⁶ refieren que la familia visualiza a la alimentación como un reto que debe enfrentar ante las modificaciones que demanda y lo que implica.

Aunado a ello, entre los factores que influyen están: el costo económico de ciertos alimentos, que lleva a configurarlos en alimentos dietéticos y no dietéticos, así como, el apoyo familiar depende del género de la persona que lo brinda y papel de la persona con diabetes, con ello se puede ver que el estatus económico de la familia repercute en el cuidado de la diabetes. Otros estudios dan a conocer que el papel de la familia es fundamental en la adaptación de prácticas alimentarias en la diabetes, pero muchas veces no está presente, lo que lleva a la persona con la enfermedad al dilema de decidir hacerlo o no, al buscar sentirse parte de la familia

87, 107.

Por otro lado, se sabe que los cambios alimentarios son difíciles por las situaciones que implica, entre los principales retos de realizar cambios en la alimentación familiar se encuentra enfrentarse a la convivencia con terceros, aspecto que concuerda con los hallazgos del estudio en curso, sin embargo, también identifican que al estar fuera de su núcleo están expuestos a críticas y exclusión social, lo que permite pensar en ello como una limitación en el acompañamiento de la familia para con la persona que padezca diabetes, y que va más allá de la voluntad, por lo que valdría la pena explorar en futuras investigaciones el papel de la sociedad en la decisión familiar relacionada a la diabetes, con el fin de exponer el sentir de sus miembros que la componen¹⁰⁸.

Pinzón-Rocha y cols.³⁴ destacan la importancia de conocer los alimentos y su modo de preparación, con respecto al último punto estudios reportan que las mujeres en su mayoría son las encargadas de cocinar, y la diversidad de etapas de vida que conforman las mujeres y con ello las demandas alimentarias se enfrentan a un reto en cuanto a la preparación.¹⁰⁹ Además, en estudios mexicanos se reporta una falta de conocimientos en cuanto a la alimentación y forma de prepararlos por parte de la familia, se refiere que no se identifican claramente las frutas y las porciones adecuadas para su consumo. Y, existe un descontento debido a que para algunas personas no es agradable el consumo de verduras, y la restricción del consumo de tortillas resulta de gran problema, pues representa un pilar importante en la alimentación diaria de las familias mexicanas⁸³.

Por lo anterior, a través del valor la familia se enfrenta a tomar decisiones, todas enfocadas en los cambios del estilo de vida y a evitar complicaciones ante la incertidumbre que se genera, al respecto estudios demuestran que la familia manifiesta incertidumbre en relación a lo que sucederá en el futuro, por lo que tienen el deseo de saberlo para proteger a la persona enferma y a sí misma, lo que implica conocer signos y síntomas, sin embargo, se reporta que hay familias que no lo desean ^{95, 110}, no obstante, no de un posible diagnóstico en más de un integrante familiar ^{111,112}. Sin embargo, la incertidumbre de la familia disminuye al conocer

cómo actúa la diabetes en quién la padece, específicamente, qué es, sus signos y síntomas, así como, lo que requiere la enfermedad para su control¹¹³.

Otro factor que interviene, son las redes de apoyo que forma la familia, dentro de la misma y con su círculo social cercano, mediante compartir de experiencias previas con la diabetes, que apoyan a establecer estrategias de comunicación para la solución de problemas¹¹³. Al respecto un estudio realizado demuestra que tanto el paciente con diabetes como su familia, al ver el desarrollo de complicaciones en terceros es un estimulante para el control de la enfermedad y realizar cambios en su estilo de vida⁹³. Otro da cuenta de las experiencias propias y de terceros como ayuda a identificar síntomas y lo que se quiere evitar⁹⁵. Sin embargo, este hallazgo no concuerda con lo reportado en una investigación mexicana, en el que se reporta a las experiencias de amigos y familiares como poco favorables, ya que gracias a ellas la familia visualiza la diabetes como “normal”, que no genera repercusiones graves, de ahí que no se realicen acciones de cuidado¹¹⁴. Al respecto, estudios con población holandés y asiática, reconocen a la comunicación como estrategia principal para enfrentar la diabetes mediante procesos diversos, entre ellos, dar espacio a cada miembro de la familia, búsqueda de comunicación triangulada, es decir, mediante un intermediario, así como exponer los motivos a los involucrados
17, 100, 115 .

Cabe destacar que como parte de la adaptación un elemento fundamental es el desarrollo de la paciencia, apoyo y comprensión entre los miembros^{116,117}. Al Quwaidhi y cols.¹¹⁸ refieren al igual que está investigación a la comprensión en el sistema familiar como factor que favorece el control glicémico Además, Rondón y cols.¹¹⁹ en su estudio dan a conocer que la comprensión en la familia surge ante las demandas de alimentación de la diabetes. Otros estudios señalan que dicha comprensión se presenta con cada miembro de la familia, especialmente en la persona con diabetes por los cambios a los que se debe enfrentar¹²⁰.

9. CONCLUSIONES

La familia identifica la adaptación como un proceso durante el cual se desarrollan las habilidades de cuidado dirigidas a la diabetes, este se ve impulsado por la búsqueda de bienestar de la persona con la enfermedad y por lo tanto de la familia misma, Sin embargo, existen razones paralelas en los cuidadores directos de la familia: que las refieren como un acto de amor al otro y como una respuesta a la preocupación e incertidumbre de enfrentar la enfermedad, para evitar el sufrimiento y desgaste, a través de entender y acompañar a la persona con DM2 para motivar el cuidado, aunque signifique ser una familia “diferente” ante otras.

A lo largo del proceso de adaptación se desarrollan tres habilidades, para posteriormente comenzar otro proceso de adaptación ante la cronicidad de la enfermedad, convirtiéndose así en un bucle infinito. La primera habilidad surge a partir de la búsqueda de información para resolver dudas, que permite reconocer las necesidades de la persona con diabetes, posteriormente y conforme se da el proceso se identifican las limitaciones y fortalezas para el control de la glucosa. En cuanto a las necesidades, se expone claramente que estas están en torno a la alimentación en el que y como; en el tratamiento farmacológico al aprender los tipos de medicamentos y cuando consumirlos y reconocen la importancia de la actividad física, todos ellos enfocados en el control de la glucosa.

Por otro lado, las familias exponen que la mayor limitación que se presenta es de carácter individual, es decir, que atañe a la responsabilidad de la persona con diabetes y no se configura de manera clara una responsabilidad de índole grupal o familiar, resultando en un entorno ajeno a la enfermedad, desencadenando en un proceso caracterizado por ser difícil y frustrante. Sin embargo, también hay las fortalezas que apoyan, específicamente se destaca a la fuerza de voluntad en la alimentación de la persona con diabetes, para el caso de la familia la solidaridad que demuestra como parte de la unión familiar, es fundamental en las decisiones que se tome en conjunto e individualmente ya que influirá como impulsor a realizar acciones encaminadas al cuidado de la diabetes.

Otra habilidad, es el valor presente en la familia de la persona con diabetes al hacer frente a la enfermedad como su única opción. Dicho valor se da ante la búsqueda del bienestar familiar, con el fin de evitar problemas dentro del núcleo. Esta habilidad se da muestra en la toma de decisiones basadas en las necesidades alimentarias de la persona enferma, y durante la relación dentro de la misma familia y con otras que han pasado por el mismo proceso, es decir, las redes de apoyo que establece la familia, para disminuir la incertidumbre y coadyuvar en el proceso de aprendizaje en diabetes, así como, establecer estrategias de comunicación familiar para facilitar los acuerdos que implica la toma de decisiones.

En lo que respecta a la paciencia, se configura durante la adaptación de la familia a los cambios en el estilo de vida que exige la diabetes, al ser un proceso dinámico y por el carácter crónico de la enfermedad. El elemento sustancial del desarrollo de la paciencia es la comprensión dada en dos ámbitos, por un lado, entre los miembros familiares, que implica conocerse entre sí, e involucra preferencias y necesidades personales, lo que representa un reto. Y por otro, la comprensión con la otra red de apoyo, es decir, familias externas con experiencias previas de diabetes, como resultado de empatía.

Por ello, es importante considerar la dinámica familiar y conocer la relación de los miembros de la familia al buscar actuar en la atención primaria de la diabetes, ya que de ello dependerá el interés y compromiso que expresen los familiares y la persona enferma, así como será de apoyo para establecer estrategias de enseñanza y abordaje en temas relacionados a la enfermedad. Y, sería interesante explorar en futuras investigaciones las necesidades de la persona con diabetes, que identifica la familia más allá de la triada ejercicio-tratamiento farmacológico-alimentación, es decir, necesidades personalizadas, y porque no explorar las necesidades de la propia familia como conjunto y en cada miembro.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones presentadas en esta investigación, se encuentra la selección de los participantes, ya que no hay una diversidad en la composición de las familias al ser todas de tipo nuclear al inicio del estudio, y durante el estudio hubo un cambio en la composición de la familia B, la restructuración involucraba re-adaptación a la dinámica familiar.

Asimismo, durante el desarrollo del estudio se presentó la pandemia de COVID-19, presentada en el transcurso de este proyecto, no fue posible considerar a más familias, sin embargo, se logró la saturación de información. No obstante, tampoco fue permisible aplicar un grupo focal a la familia A, atendiendo las medidas de seguridad tanto para el investigador como la familia señaladas por expertos de la secretaria de salud, por esta razón, no se realizó la validación de la información con los participantes.

ANEXOS

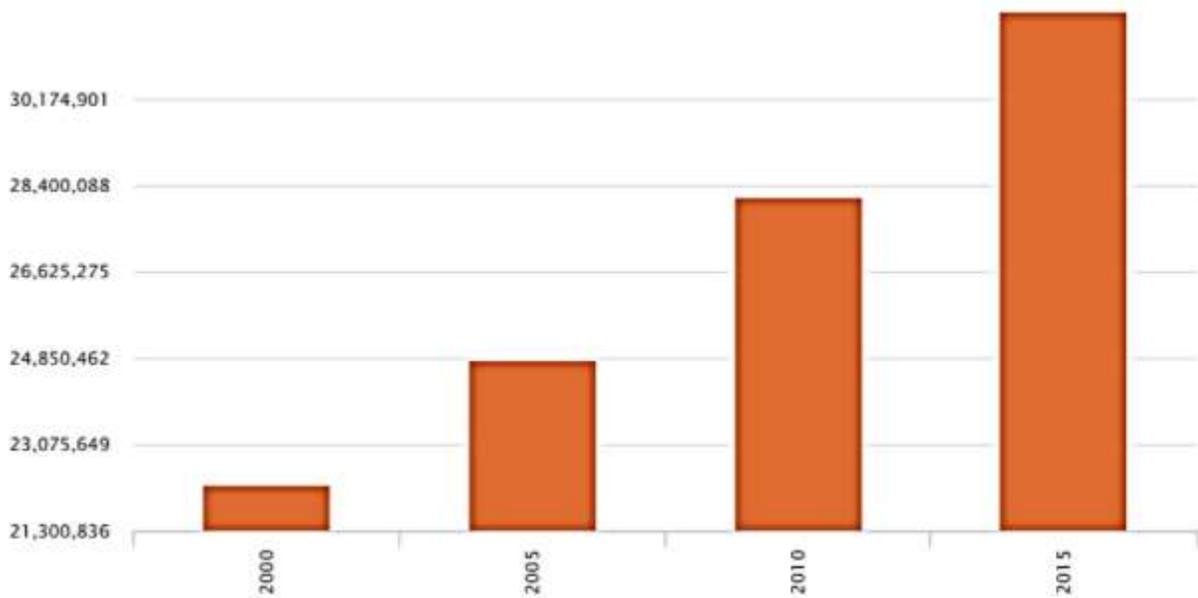
Anexo 1. Concepto de habilidad de cuidado: Ngozi Nkongho y Barrera

Ngozi Nkongho ^a	Barrera ^b
<p>HABILIDAD DE CUIDADO: La manera de relacionarse con el receptor del cuidado, que requiere una intención de compromiso para interactuar y el comprender la habilidad del cuidador como una forma de vivir y no como una tarea colateral. La habilidad del cuidador y el significado que tenga de la persona es definitiva para el sentimiento de bienestar de la persona cuidada.</p>	<p>HABILIDAD DE CUIDADO: El potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica discapacitante. Esta habilidad incluye la dimensión cognoscitiva y la actitudinal, que son identificadas y medidas según los indicadas y medidas según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia que propone Ngozi Nkongho.</p>
<p>CONOCIMIENTO: El conocimiento implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones.</p>	<p>CUIDADOR FAMILIAR: Persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, y participan con ellos en la toma de decisiones. Éstos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las disfunciones existentes de parte del receptor del cuidado.</p>
<p>VALOR: Se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. Se relaciona con la identificación de una red de apoyo y con la forma de tomar ecisiones.</p>	<p>PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DISCAPACITANTE: Persona con trastorno orgánico y funcional que genera discapacidad permanente y requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control, por lo cual la persona debe modificar su estilo de vida</p>
<p>PACIENCIA: Es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el Crecimiento de sí mismo y de los otros.</p>	

Fuente:

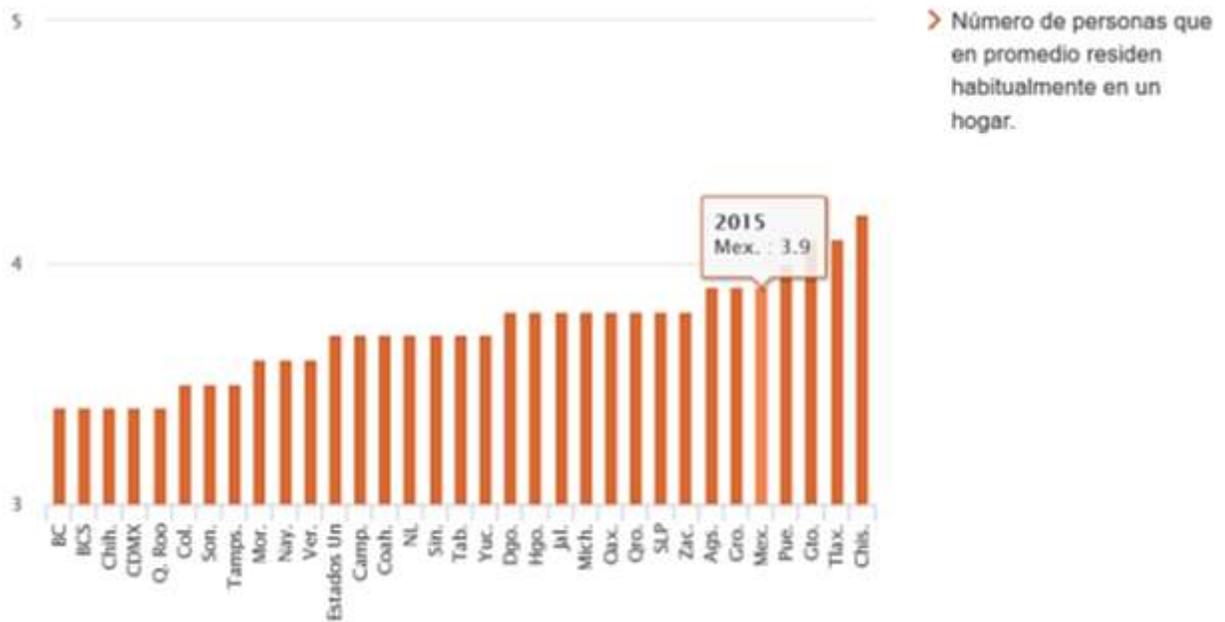
- a) Nkongo N. The caring ability Inventory. En: Strickland O., Waltz C. Measurement of Nursing outcomes. Vol Foru. Documento Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1999.
- b) Barrera, L. Blanco, P. Figueroa, N. Pinto, B. Sánchez, Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. Aquichan [Internet] 2006 [junio del 2019-]; 6 (1).

Anexo 2. Gráfica: Número de hogares en México: 2015.



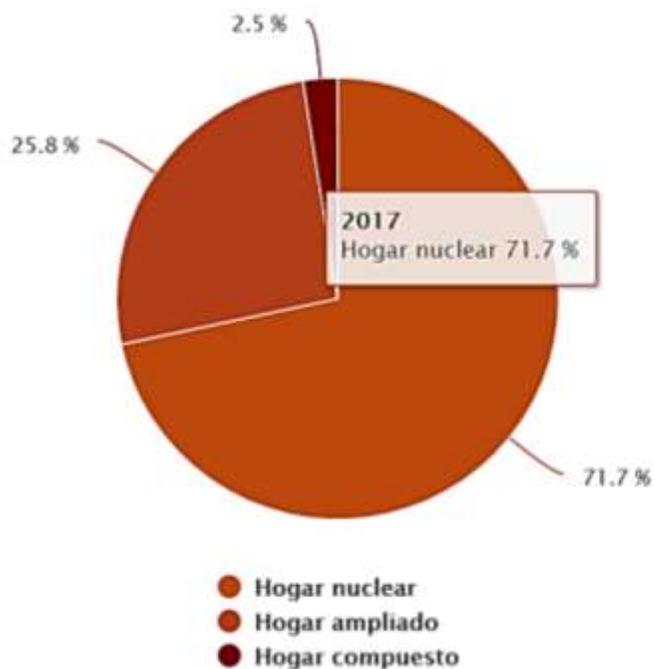
Tomado de Características de los hogares. [Internet]. México: INEGI; 2015 [cited 09 de julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/30n59Ws>

Anexo 3. Gráfica: Tamaño promedio del hogar por entidad federativa: 2015.

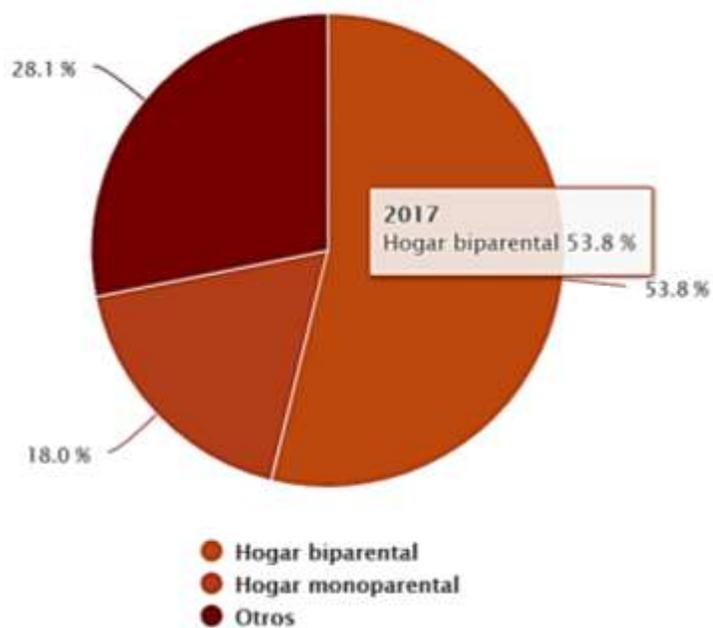


Tomado de Características de los hogares. [Internet]. México: INEGI; 2015 [cited 09 de julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/30n59Ws>

Anexo 4. Gráfica: Hogares familiares por tipo



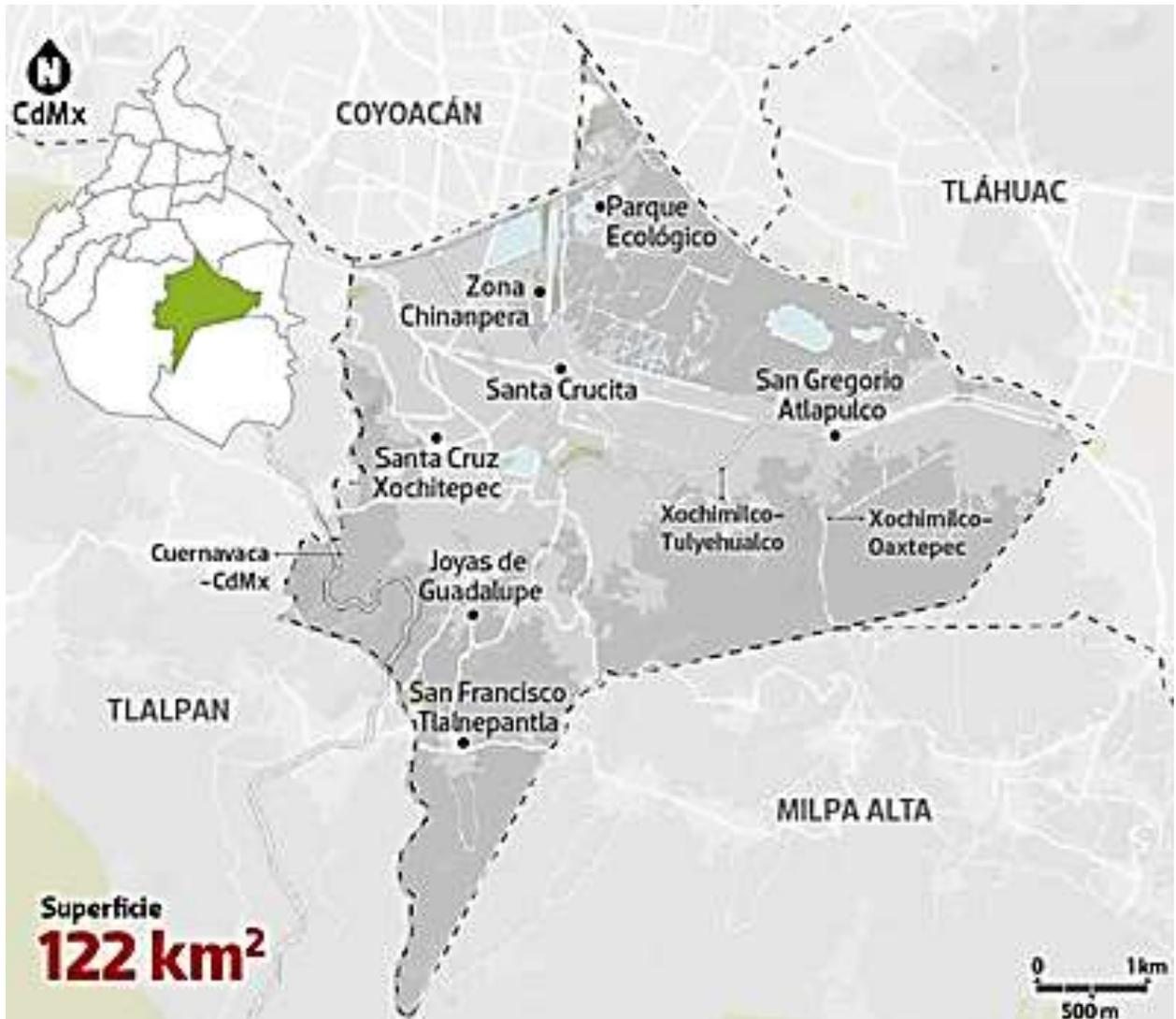
> Hogares, de cada cien, corresponden a Hogar nuclear.



> Hogares, de cada cien, corresponden a Hogar biparental.

Fuente: Características de los hogares. [Internet]. México: INEGI; 2015 [cited 09 de julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/30n59Ws>

Anexo 5. Localización y distribución territorial de la Alcaldía Xochimilco.



Fuente: Cosme M. Candidatos a alcaldía de Xochimilco, con el reto de rescatar un patrimonio cultural lastimado. *El sol de México*. 16 de mayo del 2018. Available from: <https://bit.ly/2MJApxA>

Anexo 6.- Población de la Alcaldía Xochimilco



Composición por edad y sexo

Población total

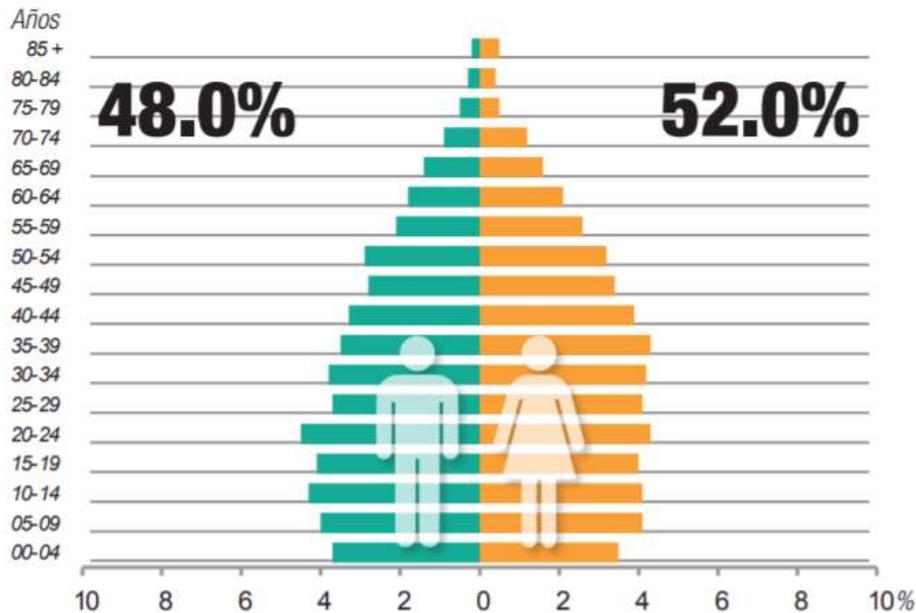
415 933 habitantes, representando el 4.7 % del total de la Ciudad de México

Relación hombres-mujeres

92.2 Existen 92 hombres por cada 100 mujeres

Edad mediana

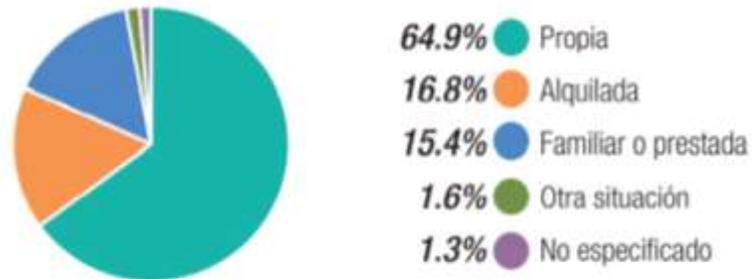
30 años, La mitad de la población tiene 30 años o menos



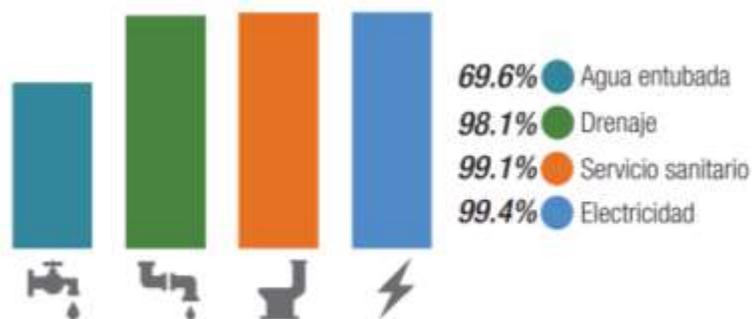
Fuente: *Institución Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/3oXcw2E>*

Anexo 7. Viviendas en la Alcaldía de Xochimilco

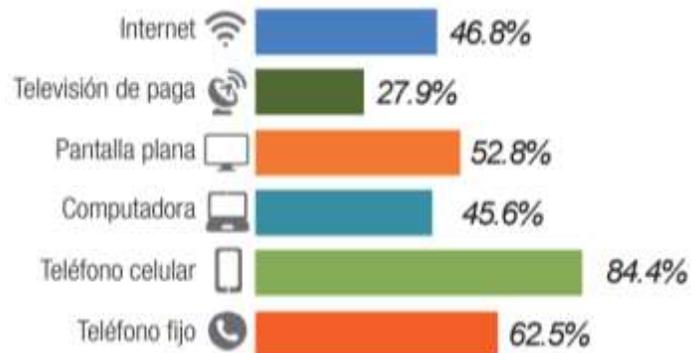
Tenencia en la vivienda



Disponibilidad de servicios en la vivienda



Disponibilidad de Tecnologías de la información y la comunicación (TIC)



Fuente: Institución Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/3oXcw2E>

Anexo 8. Indicadores de desarrollo humano en la Alcaldía Xochimilco

ALCALDÍA XOCHIMILCO	
Indice de agua entubada*	0.9287
Indice de drenaje**	0.9821
Indice de electricidad***	0.9947
Indice de desarrollo humano con servicios****	0.8889
Indice de esperanza de vida en general*****	0.7611
Indice de esperanza de vida en hombres	0.7259
Indice de esperanza de vida en mujeres	0.7931
Indice educativo general	0.9370
Indice educativo en hombres	0.9458
Indice educativo en mujeres	0.9288

Los indicadores se basan en la Encuesta Intercensal 2015.

*Se refiere a la proporción de la población en las viviendas particulares que disponen de agua entubada, sin considerar la frecuencia con la que se suministra.

** Se refiere a la proporción de la población en las viviendas particulares que disponen de algún tipo de drenaje, conectado a la red pública, fosa séptica, con desague.

*** Se refiere a la proporción de la población en viviendas particulares que disponen de electricidad.

****Mide las mismas dimensiones que el índice de desarrollo humano con producto interno bruto, sustituyendo la parte de calidad de vida dada por el ingreso con la tasa de habitantes con drenaje, agua y electricidad.

*****Índice de esperanza de vida general es una medida de la longevidad de las personas, la cual se traduce como esperanza de vida al nacer.

Fuente: *Institución Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/2MJuys6>*

Anexo 9. Características educativas en la Alcaldía de Xochimilco

Población mayor a 15 años según su grado escolar



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Fuente: *Institución Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/3oXcw2E>*

Anexo 10. Tipos de hogares en la Alcaldía Xochimilco

ALCALDÍA XOCHIMILCO		
	Hogares	Población
	107 270	415 933
Hogares familiares*	91.35	97.57
Nucleares**	63.86	53.37
Ampliados***	33.16	42.80
Compuestos****	0.82	1.16
No especificado	2.16	2.67
No familiares	8.42	2.30
No especificado	0.23	0.13

* Hogar en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe. Se clasifican en nucleares, ampliados y compuestos.
 ** Hogar familiar conformado por el jefe y cónyuge; jefe e hijos; jefe, cónyuge e hijos.
 *** Hogar familiar conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un jefe y al menos otro pariente.
 **** Hogar familiar conformado por un hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco.

Fuentes: *Institución Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/2MJuys6>*

Axeno 11. Características de los servicios de salud públicos en la Alcaldía Xochimilco.

Distribución porcentual según la condición de afiliación a servicios de salud								
Condición de afiliación (%)							No afiliado	No especificado
Afiliada								
Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX, Defensa o Marina	Seguro Popular	Institución privada	Otra institución		
76.31	32.51	21.36	1.05	41.21	3.88	2.25	23.22	0.48
*La distribución porcentual de la condición de afiliación a servicios de salud se calcula respecto a la población total, además la suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por las personas afiliadas en más de una institución de salud.								

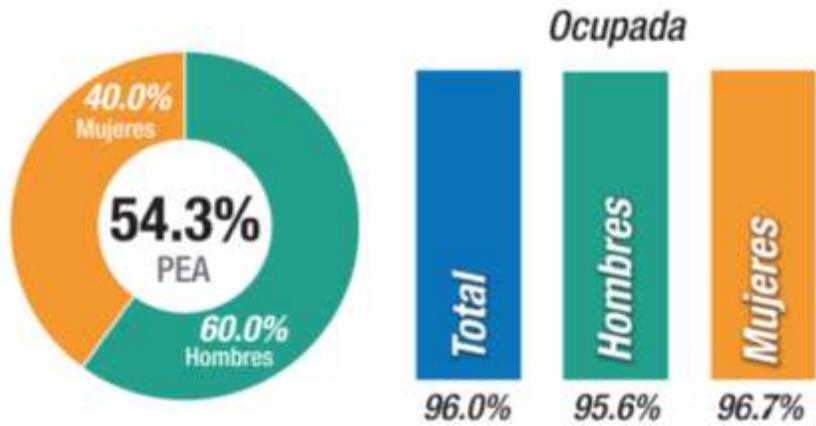
Personal médico por instituciones de salud pública						
TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS-PROSPERA	SSA
373	SD	53	0	SD	10	310
SD: Sin datos						
*El personal médico comprende: generales, especialistas, odontólogos, residentes, pasantes, entre otros.						

Unidades médicas en servicios de las instituciones del sector público de salud							
SERVICIO	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS-PROSPERA	SSA
De consulta externa	27	SD	2	0	SD	5	20
De hospitalización general	1	SD	0	0	SD	0	1
De hospitalización especializada	2	SD	0	0	SD	0	2
SD: Sin datos							

Fuente: Institución Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017. [internet]. México: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/2MJuys6>

Anexo 12. Características económicas de la Alcaldía de Xochimilco

Población económicamente activa (PEA)



Población no económicamente activa (PNEA)



*Porcentaje de la población de 12 años y más con condición de actividad no especificada 0.2.

*Población mayor a 12 años

Fuente: Institución Nacional de Estadística y Geografía. *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015*. [internet]. Mexico: INEGI; 2017 [cited septiembre del 2020]. Available from: <https://bit.ly/3oXcw2E>

Anexo 13. Tasa de participación económica por sexo en la Alcaldía de Xochimilco.

	ALCALDÍA XOCHIMILCO	
	Abs.	%
TOTAL	337.948	54.30
Hombres	160.226	68.75
Mujeres	177.722	41.26

Fuentes: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Hogares. México. 2020.
Available from: <https://bit.ly/2YTmlUY>

Anexo 14. Marginación en la Alcaldía de Xochimilco

	MARGINACIÓN*	
	Alcaldía de Xochimilco	Ciudad de México
Índice de marginación	-1.527	-1.451
Grado de marginación	Muy bajo	Muy bajo
Lugar que ocupa a nivel nacional	2353 de 2457	32 de 32
Lugar que ocupa a nivel estatal	2 de 16	No aplica

* Se constituye por los indicadores socioeconómicos

Fuentes: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Hogares. México. 2020.
Available from: <https://bit.ly/2N3FqJO>

Anexo 15. Guía de entrevista

HABILIDAD DE CUIDADO es la manera de relacionarse de cada uno de los integrantes adultos de la familia con la persona que padece diabetes mellitus a partir de lo que esta le significa. Y comprende las actitudes y conocimientos, valor y paciencia que generan bienestar a la persona con enfermedad crónica.

Concepto	Indicador	Dimensiones	Pregunta (s)
CONOCIMIENTO: El conocimiento implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones	Entender y conocer al otro.	Identificar las necesidades de la persona con DM.	- ¿Su familiar x tiene alguna necesidad importante para el control de su DM? - ¿Qué necesidades considera que requiere X en el cuidado de su DM? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las más relevantes? ¿Por qué? • ¿Cómo sabe que necesita algo X? • ¿Estas necesidades las satisfacen? ¿Cómo?
		Reconocer las fortalezas y debilidades de la persona con DM.	- ¿Cuáles son las fortalezas de X para contender con la enfermedad? - ¿Cómo considera que las desarrollo? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las debilidades para contender con la DM desde su punto de vista? • ¿Porque cree que no los ha desarrollado?
	Auto-reconocimiento del cuidador.	Identificar las fortalezas y limitaciones del cuidador familiar.	- ¿Cuáles de sus fortalezas le ayudan en el cuidado de la DM de X? - ¿Cómo las desarrolló? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué lo limita en el cuidado de la DM de su familiar? • ¿En qué situaciones se presentan?
VALOR: Se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. Se relaciona con la identificación de una red de apoyo y con la forma de tomar decisiones.	Identificar las necesidades de apoyo del otro (sensibilidad).	Reconocer el sentir del familiar ante las necesidades de cuidado de la DM.	- ¿Qué siente/emociones experimenta en relación a la enfermedad de x? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué piensa de la DM? • ¿Qué impresiones le genera la DM?
	Forma de toma de decisiones y red de apoyo.	Conocer el proceso de la toma de decisiones respecto a la DM.	- ¿Cuál ha sido la decisión más difícil que ha tomado con respecto a la enfermedad de X? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo fue que la tomó? • ¿Qué fue lo más complicado? • ¿Quién/es intervinieron en la decisión?
		Identificar las redes de apoyo en el cuidado.	- Si se presentara algún problema en el cuidado de la DM de x, ¿a quién/es acudiría? <ul style="list-style-type: none"> • En el cuidado de la DM de x, ¿ha pedido apoyo? • ¿sabe cómo y a quien lo podría solicitar?
PACIENCIA: Es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de los otros.	Autoexpresión	Conocer la forma en la que expresa lo que piensa y siente el cuidador.	- ¿Usted expresa lo que piensa o siente de la DM? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo lo manifiesta?, ¿a quién?
	Exploración	Identificar la forma en la que el cuidador busca conocer de la DM.	- En caso de tener alguna duda respecto a la DM, ¿Busca aclararla? <ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué situación lo hace? • ¿Cómo y con quien lo hace?
	Tolerancia a la desorganización	Identificar la tolerancia en relación a la DM del familiar	- ¿Cómo maneja la situación cuando X tiene una idea de la DM diferente a la de usted? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo actúa cuando X hace algo que a usted no le agrada? • Cuando hay diferencias entre usted y los demás (integrantes de la familia) en torno a la DM de X, ¿Qué hace?

Anexo 16. Formato del consentimiento informado



Coordinación de Estudios de Posgrado Programa de Maestría en Enfermería



El presente escrito es para constatar que usted considere su participación en el estudio titulado: Habilidades de cuidado en familias mexicanas con una persona con DM2, cuyo objetivo es identificar las habilidades de cuidado que desarrolla una familia mexicana con una persona con DM2, que desarrolla la L.E. Dulce Elena Castillo Villegas y dirige la C. Rosa María Ostiguín Meléndez, profesora de Programa de Maestría en Enfermería, UNAM.

Es importante que usted tenga conocimiento que esta investigación no implica ningún riesgo para usted o su familia, no hay consecuencia negativa en caso de que no desee participar y que la decisión de participar es voluntaria, así como ante alguna duda esta será aclarada por el responsable del estudio en cualquier momento o si lo requiere anular su participación. La información que proporcione será utilizada únicamente para fines académicos y de investigación, bajo las disposiciones éticas y legales, en todo momento se mantendrá su anonimato.

Yo: _____, he leído y comprendido la información proporcionada, aclarado mis inquietudes satisfactoriamente, por lo que estoy de acuerdo con mi participación en esta investigación

Nombre y firma del entrevistado:

Testigo 1.- Nombre y firma

Testigo 2.- Nombre y firma

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal:

Nota: Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante y el otro en poder del investigador

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Zarate AT. Diabetes Mellitus. Bases para su tratamiento. 1ra. Edición. México. Ed. Trillas. 1989
- ² Islas I. Lifshitz A. Diabetes Mellitus. México. 2da. Edición. McGraw Hill. 1993.
- ³ Rosas GJ. Lyra R. Cavalcanti N. Diabetes Mellitus. Visión Latinoamericana. 1ra. Edición. México. Inter-sistemas. 2009
- ⁴ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. 2010. [cited abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/1EriQAY>
- ⁵ Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2018 [cited mayo del 2019]; 60: 224-232. Doi:10.21149/8566
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. [Internet]. OMS. 2016 [cited abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/2Mg5zHj>
- ⁷ Sandoval MC. Importancia global y local de la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Rev Hosp Clín Univ Chile 2012. [cited abril del 2019]. 23: 185 – 90. Available to: <https://bit.ly/2XtDguD>
- ⁸ Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID. [Internet]. Federación Internacional de Diabetes. 2015. [cited abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/2UsrwGR>
- ⁹ Fundación MIDETE. Asumiendo el control de la Diabetes. [Internet]. 2016. [abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/2PjPEdx>
- ¹⁰ Instituto Nacional de Salud Pública. Diabetes en México. [Internet]. México: INSP; agosto del 2016 [cited abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/2i7yKxz>

¹¹ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. [Internet]. INSP. 2016 [cited abril del 2019]. Available to: <https://bit.ly/2UG36hK>

¹² Arredondo A, De Icaza E. Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. Value In Health. [Internet]. 2011. [cited abril del 2019]; 14 (5): S85–S88. Doi: 10.1016/j.jval.2011.05.022

¹³ Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm [Internet]. 2010 [cited febrero, 2019]; 19(1): 47-50. Available to: <https://bit.ly/2U42QVG>

¹⁴ Hoyos DTN, Arteaga H MV, Muñoz CM. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Invest. educ. enferm [online]. 2011 [cited marzo de 2019]; 29(2): pp.194-203. Available to: <https://bit.ly/3qHCwQx>

¹⁵ Carreño SP, Chaparro-Díaz L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2017 [cited marzo de 2019]; 15 (1): 87-101. Doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ACFC.

¹⁶ De Mattos M, Tao MSA. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited febrero, 2019]; 11(4):971-81. Available to: <https://bit.ly/2Xlypfv>

¹⁷ Santos AL, Marcon SS. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. Invest Educ Enferm. [Internet]. 2014 [cited febrero, 2019]; 32 (2): 260-269. Doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a09

¹⁸ Mayberry LS, Osborn CY. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes Care. [Internet]. 2012 [cited febrero, 2019]; 35(6): 1239–1245. Doi:10.2337/dc11-2103

¹⁹ Maschio G, Silva AM, Celich KLS, et al. The Family Relationships When Dealing with a Chronic Disease: The Family Caregiver Viewpoint. Rev Fund Care Online. 2019 [cited junio del 2019]; 11 (2): 470. Doi: 10.9789/21755361.2019.v11i2.470-474.

²⁰ Bellato R, Santos de Araújo LF, Dolina JV, dos Anjos MC, de Lima SGH, CorrêA T. The family experience of care in chronic situation. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2016 [cited junio del 2019]; 50 Spec: 81-8. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300012

²¹ Cortés BB, Tzontehua TI, Ramírez GN, García SB. Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. Rev. iberoam. educ. investi. Enferm. 2016 [cited marzo del 2019]; 6(3):28-37. Available to: <https://bit.ly/30HiZ8o>

²² Miller T, DiMatteo R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr Obes [Internet]. 2013 [cited junio del 2019]; 6:421-6. Available to: <https://bit.ly/3thugsh>

²³ Crespo C, Santos S, Canavarro MC, Kielpikowski M, Pryor J, Féres-Carneiro T. Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. Int J Psychol [Internet]. 2013 [cited junio del 2019]; 48(5):729-46. Disponible en: <https://bit.ly/30H8XUU>

²⁴ Jiménez L, Cerón D, Ramos-Hernández RI, Velázquez L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med Chile [Internet]. 2013 [cited marzo de 2019]; 141: 173-180. Available to: <https://bit.ly/2OUHgoD>

²⁵ Castanho MR, Da Cruz SMG, Da Cruz BR, SCA, Pagliarini WMA. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2009 [cited febrero, 2019]; 13(1): 43-48. Available to: <https://bit.ly/2GLrPK7>

²⁶ Arestedt L, Persson C, Benzein. Living as family in the midst of chronic illness. Scand J Caring Sci [Internet]. 2014 [cited marzo del 2019]; 28(1):29-37. Available to: <https://bit.ly/30J8VLY>

²⁷ Nkongo N. The caring ability inventory. En: Strickland O., Waltz C. Measurement of Nursing outcomes. Vol Foru. Documento Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1999.

²⁸ Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. Cienc. enferm. [Internet]. 2018 [cited mayo del 2019]; 24:16. Available to: <https://bit.ly/2HalC34>

²⁹ Bustos AS, Rivera FN, Pérez VC. Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una Universidad tradicional de Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2016. [cited mayo del 2019]; 22(2): 117-127. Available to: <https://bit.ly/2HagOkC>

³⁰ Carrillo GGM, Sánchez-Herrera B, Barrera-Ortiz. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. Rev. salud pública. [Internet]. 2015. [cited mayo del 2019]; 17 (3): 394-403. Doi: 10.15446/rsap.v17n3.32408

³¹ Ramírez OMM. Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. Av. enferm. [Internet]. 2005. [cited mayo del 2019]; 23 (2): 7-17. Available to: <https://bit.ly/2WzWcYz>

³² Montalvo PAA, Badrán NY, Cavadía PC, Medina RE, Méndez SK, Padilla LC. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. [Internet]. 2010 [cited mayo del 2019]; 26 (2): 212-222. Available to: <https://bit.ly/2JddlUI>

-
- ³³ González EDA. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por Diabetes Mellitus. Av. enferm. [Internet]. 2006 [cited mayo del 2019]; 24 (2): 28-37, 2006. Available to: <https://bit.ly/2HdsCCN>
- ³⁴ Pinzón-Rocha ML, Aponte-Garzón LH, Hernández-Páez RF. Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. ORINOQUIA. [Internet]. 2013 [cited mayo del 2019]; 17 (2): 241-25. Available to: <https://bit.ly/1PPYyc4>
- ³⁵ Silva JA, Da Amorim KPC, Valença CN, Souza ECF. Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. Revista Bioética [Internet]. 2018 [cited febrero, 2019]; 26(1): 95–101. Doi:10.1590/1983-80422018261230
- ³⁶ Samuel-Hodge CD, Cene CW, Corsino L, Thomas C, Svetkey LP. Family Diabetes Matter: A View from the Other Side. J Gen Intern Med [Internet]. 2013 [cited marzo del 2019]; 28(3):428-35. Available to: <https://bit.ly/3cvFNNE>
- ³⁷ Nkongho, N. The caring ability inventory. En: Strickland, O.; Dilorio, C. Measurement of nursing outcomes. 2da. Ed. Nueva York; Springer Publishing Company: 2003. P. 184-98.
- ³⁸ Tuula-Maria R, Jaatinen P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Interrelation Between Adult Persons with Diabetes and Their Family: A Systematic Review of the Literature. Journal of Family Nursing. [Internet]. 2013 [cited marzo de 2019]; 19(1): 3 –28. Doi: 10.1177/1074840712471899
- ³⁹ Chaparro-Díaz L, Carreño SP, Campos-de-Aldana MS, Benavides F, Niño Cardozo CL, Cardona RM, Pinzón ML, et al. La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. [Internte]. 2016. [cited 22 de febrero del 2019];19(2): 275-284. Available to: <https://bit.ly/2NeQOKO>

⁴⁰ Jiménez RI, Moya NM. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. [Internet]. 2017. [cited febrero, 2019]; 17(1), 420-433. Doi:10.6018/eglobal.17.1.292331

⁴¹ Nkongho N. The Caring Ability Inventory. En: Ora L. Strickland and Carolyn F. Waltz. *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Copin*. New York. Springer Publishing Company, Part III. 1990; (3 y 4): 3-1.

⁴² Barrera OL, Galvis LCR, Moreno FME, Pinto AN, Pinzón RML, Romero GE, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest. Educ. enferm* 2006. [cited marzo de 2019]; 24(1): 36-46. Available to: <https://bit.ly/3lcp0Dz>

⁴³ Barrera OL, Blanco CL, Figueroa IP, Pinto AN, Sánchez HB. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, mirada internacional. *Aquichan*. 2006. [cited marzo de 2019]; 6(1):22-33. Available to: <https://bit.ly/38CmRvJ>

⁴⁴ Contreras MA, Contreras OA, Díaz OME, Hernández VM, Muñoz PN, Ricardo MMC. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011 [cited abril del 2019]; 8 (1): 17-23. Available to: <https://bit.ly/3ligHWD>

⁴⁵ Nkongo N. The caring ability Inventory. En: Strickland O., Waltz C. *Measurement of Nursing outcomes*. Vol Foru. Documento Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1999.

⁴⁶ Mayeroff M. *On Caring*, Harper and Row, New York (1971), pp. 2-53

⁴⁷ Menéndez TE, Barrio CR, Novials SA. *Tratado de diabetes mellitus*. 2da. Edición. Argentina: Panamericana; 2017. Pág. 559-667.

⁴⁸ Tinsley R, Harrison. *Principios de medicina interna*. 16° Edición. Chile: McGraw-Hill; 2015.

-
- ⁴⁹ Secretaria de salud. Boletín epidemiológico: Diabetes mellitus tipo 2. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2pvYEz1>
- ⁵⁰ Barahona, M. Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2012 [cited junio del 2019]: 7-59. Available to: <https://bit.ly/3tgTt61>
- ⁵¹ Gutiérrez CR, Díaz OKY, Román RRP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo Sum. [Internet]. 2016 [cited junio del 2019]; 23 (3). Available to: <https://bit.ly/3qLhKzm>
- ⁵² Salgado RMA. La familia: Un estudio comparativo de percepciones juveniles de mexicanos y japoneses. Nova scientia [Internet]. 2017 [cited junio del 2019]; 9(18): 537-567. Disponible en: <https://bit.ly/2wHwcz4>
- ⁵³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de los hogares. [Internet]. México; 2015 [cited 09 de julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/30n59Ws>
- ⁵⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Información por entidad. [Internet]. México; 2015 [cited 09 de julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/2LcfelG>
- ⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día de la familia. 2013. Consultado en junio del 2019. Available from: <https://bit.ly/1fLJn6h>
- ⁵⁶ González HI. La familia mexicana en la era de la información globalizada. Rev. Mex. Op. Pub. [Internet] 2011 [cited junio del 2019]; 10: 203-218. Available from: <https://bit.ly/2XA71u4>
- ⁵⁷ Mejía LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index Enferm [Internet]. 2010 [cited junio del 2019]; 19(2-3): 138-142. Available from: <https://bit.ly/1OYvLWv>

⁵⁸ Mendizabal O, Pinto B. Estructura Familiar Y Diabetes. Ajayu [internet] 2006 [cited junio del 2019]; IV (2): 191-211. Available from: <https://bit.ly/2bGcbOK>

⁵⁹ Ochoa M, Cardoso M, Reyes V. Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. Enferm. univ [Internet]. 2016 [cited junio del 2019]; 13(1): 40-46. Available from: <https://bit.ly/2l3WdPj>

⁶⁰ Fundación para la diabetes. Campaña 2018: Familia y Diabetes. [noviembre del 2018; junio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/2zzK0fQ>

⁶¹ Pérez RA, Berenguer GM, Inclán AA, Dacal BY, Enrique PD. Capacitación sobre diabetes mellitus a familiares de personas afectadas de un consejo popular. MEDISAN [Internet]. 2018 [cited junio del 2019]; 22(3): 287-294. Available from: <https://bit.ly/31lv3eB>

⁶² Concha MD, Rodríguez CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria [Internet]. 2010 [marzo del 2019]; 19(1):41-50. Available from: <https://bit.ly/2VUo4W7>

⁶³ Prado M. De Souza M. Monticelli M. Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y didáctica. PALTEX. Washington D.C. 2013.

⁶⁴ Hernández SR, Fernández CC, Baptista BC. Metodología de la investigación. 6ta. Edición. Mc Graw Hill: México; 2014.pp 370.

⁶⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Xochimilco, cuaderno de información básica delegacional. [internet]. México; 1991. Available from: <https://bit.ly/2S9SC5N>

⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015. [internet]. 2015. Available from: <https://bit.ly/3vkBDRy>

⁶⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuaderno estadístico delegacional. [internet]. 1998. México. Available from: <https://bit.ly/30qMLMs>

⁶⁸ Secretaria de desarrollo social. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. [Internet]. 2010. Available from: <https://bit.ly/2XC2xCu>

⁶⁹ Dirección General Adjunta de Planeación Microrregional. Xochimilco [internet]. México; 2005 [julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/2LKghsv>

⁷⁰ Órgano del Gobierno del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. [Internet]. 2005. México. Available from: <https://bit.ly/38wKhIZ>

⁷¹ De Souza Minayo. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar; 2009. Pp. 217-221.

⁷² De Souza Minayo. El desafío del conocimiento. Buenos Aires: Lugar; 1997. Pp. 94-105.

⁷³ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; 1983. Available from: <https://bit.ly/1SBpqPT>

⁷⁴ Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. [internet]. [julio del 2019]. Available from: <https://bit.ly/2sxfWOt>

⁷⁵ Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. [julio del 2019] 2008. Available from: <https://bit.ly/2JsXikL>

⁷⁶ De Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa: Buenos Aires: Lugar. 2009, pág. 258-261.

⁷⁷ Muchiri JW, Gericke GJ, Rheeder P. Needs and preferences for nutrition education of type 2 diabetic adults in a resource-limited setting in South Africa. Health SA Gesondheid [Internet]. 2012 [cited junio del 2020]; 17(1). Available from: <https://bit.ly/2Kv5rEN>

⁷⁸ Baig AA, Locklin CA, Wilkes AE, et al. Integrating diabetes self-management interventions for mexican-americans into the catholic church setting. *Journal of religion and health*. 2014 [cited abril 2020]; 53:105–18. Doi: 10.1007/s10943-012-9601-1.

⁷⁹ McEwen MM, Pasvogel A, Gallegos G, Barrera L. Type 2 diabetes self-management social support intervention at the U.S-Mexico border. *Public Health Nurs*. 2010 [cited abril 2020]; 27:310–9. Available to: <https://bit.ly/3tfETeZ>

⁸⁰ Forero AY, Hernández JA, Rodríguez SM, Romero JJ, Morales GE, Ramírez GA. La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica* 2018 [cited 19 de marzo, 2020]; 38:355-62. Doi: 10.7705/biomedica.v38i3.3816

⁸¹ Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. [Internet]. *Aquichan*. 2013 [cited abril 2020]; 13 (3): 373-386. Available to: <https://bit.ly/35A0eVW>

⁸² Mendizábal, Orietta, Pinto, Bismarck. Estructura familiar y diabetes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*. 2006 [cited 09 de marzo, 2020]; 4(2): 31-51. Available to: <https://bit.ly/3lcejRi>

⁸³ Silverman J, Krieger J, Kiefer M, Hebert P, Robinson J, Nelson K. The relationship between food insecurity and depression, diabetes distress and medication adherence among low-income patients with poorly-controlled diabetes. *J Gen Intern Med*. 2015 [cited abril 2020]; 30(10):1476–80. Doi: 10.1007/s11606-015-3351-1.

⁸⁴ Vivian EM, Ejebe IH. Identifying knowledge deficits of food insecure patients with diabetes. *Curr Diabetes Rev*. 2014 [cited abril 2020]; 10(6):402–6. Available to: <https://bit.ly/3ezqINZ>

⁸⁵ Ahmed Z, Yeasmeen F. Active family participation in diabetes self-care: a commentary. [Internet]. Short Communication - Diabetes Management. 2016 [cited mayo 2020]; 6 (5). Available to: <https://bit.ly/2NIZO0U>

⁸⁶ Hollan, D. Emerging issues in the cross-cultural study of empathy. *Emotion Review*. 2012. [cited mayo 2020];4(1):70-78. Doi: 10.1177/1754073911421376

⁸⁷ Walker RJ, Williams JS, Egede LE. Pathways between food insecurity and glycaemic control in individuals with type 2 diabetes. *Public Health Nutr*. 2018 [cited abril 2020]; 21(17):3237–44. Doi: 10.1017/S1368980018001908.

⁸⁸ Beverly EA, Ritholz MD, Brooks KM, Hultgren BA, Lee Y, Martin J. Abrahamson, and Katie Weinger. A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients *J Gen Intern Med*. [internet]. 2012 [cited abril 2020]; 27(9): 1180–1187. Doi: 10.1007/s11606-012-2070-0.

⁸⁹ Aikens JE, Rosland A-M, Piette JD. Improvements in illness self-management and psychological distress associated with telemonitoring support for adults with diabetes. *Primary care diabetes*. 2014 [cited abril 2020]; 9:127–34. Available to: <https://bit.ly/3cp11gl>

⁹⁰ Kluding PM, Singh R, Goetz J, Rucker J, Bracciano S, Curry N. Feasibility and effectiveness of a pilot health promotion program for adults with type 2 diabetes: lessons learned. *Diabetes Educ*. 2010 [cited abril 2020]; 36:595–602. Available to: <https://bit.ly/3ldw8PY>

⁹¹ Chapman SM, García AR, Caballero GG, Paneque CY, Sablón MA. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. *Rev Cubana Enfermer*. 2016 [cited abril 2020]; 32(1). Available to: <https://bit.ly/3bLbtQ6>

⁹² Pollard SL, Zachary DA, Wingert K, Booker SS, Surkan PJ. Family and Community Influences on Diabetes-Related Dietary Change in a Low-Income Urban Neighborhood. *Diabetes Educ.* 2014 [cited abril 2020]; 40:462–9. Available to: <https://bit.ly/3cqYaDE>

⁹³ Dao J, Spooner C, Lo W, Harris MF. Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes in general practice: a qualitative study. *Australian Journal of Primary Health.* 2019 [cited mayo 2020]; 9 (3): 223-232. Doi:10.1071/py18095

⁹⁴ Durán AS, Carrasco PE, Araya PM. Alimentación y diabetes. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 [cited abril 2020]; 27(4): 1031-1036. Doi: [10.3305/nh.2012.27.4.5859](https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859).

⁹⁵ Pikkemaat M, Boström KB3, Strandberg EL. "I have got diabetes!" - interviews of patients newly diagnosed with type 2 diabetes. *BMC Endocr Disord.* 2019 [cited abril 2020];19(1):53. Doi: 10.1186/s12902-019-0380-5.

⁹⁶ Torres-López TM, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. [internet]. *Cad. Saúde Pública* 2010. [cited abril 2020]; 21 (1). Doi: 10.1590/S0102-311X2005000100012.

⁹⁷ Page-Pliego JP. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. [internet]. *LiminaR.* 2015. [cited abril 2020]; 13 (2). Available to: <https://bit.ly/3bb83Tc>

⁹⁸ Rose VK, Harris MF. "Training" friends and family to provide positive social support in diabetes self-management: experience of ethnically diverse patients. *Diabetic Medicine,* [internet] 2013. [cited november 2020]; 30(3), 372–373. Doi:10.1111/dme.12015

⁹⁹ Juárez-Ramírez C, Villalobos VA, Jiménez CA, Lerin S, Nigenda G, Lewis S. Social Support of Patients with Type 2 Diabetes in Marginalized Contexts in Mexico and Its Relation to Compliance with Treatment: A Sociocultural Approach. [Internet]. PLOS ONE. 2015. [cited marzo 2020]; 10(11): e0141766. Doi: 10.1371/journal.pone.0141766.

¹⁰⁰ Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. [Internet]. Ann N Y Acad Sci. 2015 [cited marzo del 2020]; 1353(1): 89–112. Doi:10.1111/nyas.12844.

¹⁰¹ Agbre Yml, Kkr, Tano-Kamelan Y, Doukoure D. Diabetic Patients 'Perception of Their Relationship with Family Caregiver and Health-Care Providers: A Qualitative Study in the Diabetes Centre of the National Public Health Institute of Côte d'Ivoire. [Internet]. Int J Cur Res Rev 2018 [cited marzo 2020]; 10 (19): 8-13. Doi: 10.31782/IJCRR.2018.10192

¹⁰² Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Uribe N, MC, Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. [internet]. salud pública de México 2011 [19 marzo 2020]; 53(1):34-39. Available to: <https://bit.ly/3vnkQNY>

¹⁰³ Montes DR, Oropeza TR, Pedroza CFJ, Verdugo LJC, Bielma JFE. Manejo del estrés para el control metabólico de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. [internet]. Env Clav 2013 [cited abril 2020]; 7(13): 67-87. Available to: <https://bit.ly/3eAQAJ5>

¹⁰⁴ Watanabe K, Kurose T, Kitatani N, Yabe D, Hishizawa M, Hyo T, et al. The role of family nutritional support in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. Intern Med [internet]. 2010 [cited marzo 2020]; 49 (11): 983-9. Available to: <https://bit.ly/3lg39eu>

¹⁰⁵ Booth AO, Lewis C, Dean M, Hunter SJ, McKinley MC. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research and Development*. 2013 [cited abril 2020]; 14: 293–306. Doi:10.1017/ S1463423612000412

¹⁰⁶ Lawton J, Rankin D, Elliott J, Heller SR, Rogers AH, De Zoysa N, Amiel S. Experiences, Views, and Support Needs of Family Members of People with Hypoglycemia Unawareness: Interview Study. [Internet]. *Diabetes Care*. 2014 [cited marzo 2020]; 37:109-115. Doi: 10.2337/dc13-1154.

¹⁰⁷ Gucciardi E, Yang A, Cohen-Olivenstein K, Parmentier B, Wegener J, Pais V. Emerging practices supporting diabetes self-management among food insecure adults and families: A scoping review. [internet]. *PLoS One*. 2019 [cited abril 2020]; 14(11): e0223998. Doi: 10.1371/journal.pone.0223998

¹⁰⁸ Marpadga S, Fernandez A, Leung J, Tang A, Seligman H, Murphy EJ. Challenges and successes with food resource referrals for food-insecure patients with diabetes. *Perm J*. [internet]. 2019 [cited abril 2020]; 23:18–097. Doi: org/10.7812/TPP/18-079.

¹⁰⁹ Wilke T, Groth A, Fuchs A, Seitz L, Kienho J, Lundershausen R, et al. Real life treatment of diabetes mellitus type 2 patients: An analysis based on a large sample of 394,828 German patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. [internet]. 2014 [cited abril 2020];106(2):275-85. Available to: <https://bit.ly/2OMx7KW>

¹¹⁰ Gaxiola-Flores M, Herrera-Paredes JM, Álvarez-Aguirre A, Ruiz-Recendiz MJ. Revisión del efecto de la incertidumbre en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019 [cited abril 2020];27(2):105-15. Available to: <https://bit.ly/38CtzSi>

¹¹¹ Entwistle EA, Cribb A, Watt IS, Skea ZC, Owens J, Morgan HM, Christmas S. The more you know, the more you realise it is really challenging to do”: Tensions

and uncertainties in person-centred support for people with long-term conditions. [Internet]. PEC. 2018 [cited abril 2020] 101(8): 1460-1467. Doi: 10.1016/j.pec.2018.03.028

¹¹² Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. [internet]. Aquichan. 2015 [cited abril 2020]; 15 (2): 210-218. Doi: 10.5294/aqui.2015.15.2.5

¹¹³ Ávila-Jiménez L, Cerón OD, Ramos-Hernández RI, Velázquez LL. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 [cited mayo 2020];141(2):173-180. Doi: 10.4067/S0034-98872013000200005.

¹¹⁴ Ávila-Sansores GA, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BA. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. [internet]. Aquichan. 2013 [cited abril 2020];13 (3): 373-386. Available to: <https://bit.ly/3tggK8d>

¹¹⁵ Van Esch SC, Cornel MC, Geelhoed-Duijvestijn PH, Snoek FJ. Family communication as strategy in diabetes prevention: an observational study in families with Dutch and Surinamese South-Asian ancestry. [internet]. Patient Educ Couns. 2012 [cited abril 2020];87(1):23-9. Doi: 10.1016/j.pec.2011.07.025.

¹¹⁶ Shona JK, Ismail M. Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. Annual Review of Public Health. [internet]. 2015 [cited mayo 2020]; 36: 441-62. Available to: <https://bit.ly/30lj0Zu>

¹¹⁷ Rybak TM, Ali JS, Berlin KS, Klages KL, BA, Banks K, Kamody RC, Ferry RJ. Patterns of Family Functioning and Diabetes-Specific Conflict in Relation to Glycemic Control and Health-Related Quality of Diabetes. [Internet]. Journal of Pediatric Psychology. 2017 [cited mayo 2020]; 42 (1): 40-51. Doi: 10.1093/jpepsy/jsw071

¹¹⁸ Al Quwaidhi AJ, Pearce MS, Sobngwi E, Critchley JA, O'Flaherty M. Comparison of type 2 diabetes prevalence estimates in Saudi Arabia from a validated Markov model against the International Diabetes Federation and other modelling studies. *Diabetes Res Clin Pract.* [internet]. 2014 [cited abril 2020]; 103 (3): 496-503. Available to: <https://bit.ly/30ljb76>

¹¹⁹ Rondón JE, Lugli Z. Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo, optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2013 [cited abril 2020];18(3):193-207. Available to: <https://bit.ly/3cw6OAC>

¹²⁰ Trejo-Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex).* [internet] 2012 [cited abril 2020]; 11(1):34-38. Available to: <https://bit.ly/3vt6v2v>