

# La diabetes mellitus en mujeres adultas mayores. Impacto social en los factores de riesgo en la familia

Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz<sup>20</sup>  
Martha Leticia Cabello Garza<sup>21</sup>

## Resumen

El presente trabajo presenta parte de los resultados de investigación de una tesis doctoral sobre la "Adherencia al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas en personas mayores". El objetivo de este estudio fue distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores. El diseño cualitativo facilitó la obtención de datos a través de un muestreo intencional, aplicando una entrevista semiestructurada a mujeres mayores de 60 años y que contaran con seguridad social. Los resultados muestran que en los eventos vividos por las mujeres adultas mayores en etapas tempranas de vida se identificaron hábitos familiares no saludables como factores de riesgo socioculturales en el desarrollo de su enfermedad, entre ellos se encontró la ausencia de cambios en la dieta familiar cuando alguien presentaba sobrepeso u obesidad, actividades sedentarias y el hábito de fumar dentro del hogar. Se subraya la importancia de la prevención en instituciones de salud por parte del personal de Trabajo Social con la idea de adquirir hábitos de salud desde etapas tempranas de la vida y contar

---

<sup>20</sup> Doctora en Trabajo Social con especialidad en Políticas comparadas de Bienestar Social Universidad Autónoma de Nuevo León

<sup>21</sup> Investigadora del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Nuevo León

con la participación de la familia en la construcción de hábitos saludables de alimentación.

*Palabras clave:* Familia, diabetes mellitus, adultas mayores, investigación cualitativa.

## **Abstract**

This paper presents part of the research results of a doctoral dissertation about "Adherence to the treatment of chronic-degenerative diseases in the elderly". The purpose of this study was to recognize the family health habits starting the risk factors of diabetes mellitus in the previous life stages of older adult women. The qualitative design facilitated data collection through intentional sampling, applying a semi structured interview to women over 60 years old who had social security. The results show that in the events experienced by older women in early stages of life, unhealthy family habits were identified as sociocultural risk factors in the development of their disease, among them the absence of changes in the family diet when someone presented overweight or obesity, sedentary activities, and the habit of smoking inside the home. The importance of prevention in health institutions by Social Workers, is underlined with the idea of acquiring health habits from early stages of life and having the participation of the family in the construction of healthy eating habits.

*Key words:* Family, diabetes mellitus, older woman, qualitative research

## **Introducción**

El incremento de la diabetes mellitus tomó relevancia social cuando se identificó que a medida que avanzaba el proceso de envejecimiento en una persona está enfermedad tenía un mayor impacto en su salud (Instituto de Geriatría, 2010). Ese hallazgo se fundamenta en las transformaciones metabólicas de la diabetes mellitus en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, además de

su conjugación con las transformaciones metabólicas de las enfermedades propias de la etapa de vejez.

La interacción de estos elementos genera un factor de riesgo para desarrollar comorbilidades asociadas a la Diabetes Mellitus como cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y discapacidades (amputación de miembros inferiores y ceguera). Como resultado tienden a limitar las actividades de la vida diaria, la interacción con sus familiares y sus actividades diarias (González y Ham-Chande, 2007; Peralta, 2006).

Las últimas cifras y proyecciones, sobre la diabetes a nivel mundial, la dio a conocer la Federación internacional de la diabetes (FID), a través de la actualización en la novena edición 2019 del Atlas de la diabetes "Aproximadamente 463 millones de adultos (20-79 años) vivían con diabetes; para 2045 esto aumentará a 700 millones" (Federación Internacional de la Diabetes, 2020).

Según información del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2021), de las muertes registradas en México en el año 2020, de las 1 086 094 muertes el 58.8% fueron hombres, 41.1% mujeres, las tres principales causas de muerte a nivel nacional son por enfermedades del corazón, COVID-19 y por Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus es una de las principales enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario diagnosticadas en México desde hace décadas. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2018), de 1984 al 2018, la morbilidad por Diabetes Mellitus ha aumentado de manera exponencial. Para ilustrar mejor, se registró que del año 1984 al año 2010 el número de casos aumentó aproximadamente siete veces y la tasa de morbilidad se incrementó aproximadamente cinco veces. Este hallazgo refiere que las personas diagnosticadas vivirán un proceso de envejecimiento con diversas enfermedades al mismo tiempo, es decir las comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus y las enfermedades propias de la vejez.

Por otra parte, el impacto económico, familiar y social de la diabetes mellitus se ha incrementado en los últimos meses porque

representa una enfermedad que incrementa las complicaciones y la muerte prematura cuando una persona ha enfermado con el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Se estima que, a nivel nacional de marzo 2020 a octubre del 2021 se registraron 288,887 fallecimientos. De ese número registrado la diabetes mellitus fue la segunda comorbilidad asociada a los fallecimientos (36.53%), la primera fue la hipertensión arterial (43.91%) y la tercera fue la obesidad (21.36%) (Covid-19 México, 2021).

La situación pandémica provocada por el coronavirus (COVID-19), con el llamado quédate en casa, ha generado un cambio repentino en todas las esferas de la sociedad el cual ha interrumpido la cotidianidad tanto individual y colectiva, pudiendo generar situaciones de estrés, angustia, miedo, violencia, frustración, entre otros, (Gobierno de México, 2021), sobre todo al enfermar o contagiarse, perder sus empleos, donde sus ingresos se ven disminuidos o pierden su seguridad social y al no recibir atención médica oportuna y de calidad; situación que se torna particularmente difícil entre las personas adultas mayores que tienen comorbilidades asociadas a la Diabetes Mellitus, por la falta de adherencia al tratamiento, lo cual propicia un envejecimiento patológico caracterizado por un gran deterioro de la salud (González y Ham-Chande, 2007).

Tener una persona con Diabetes en el ámbito familiar origina una demanda de atención médica, que a veces al tener complicaciones se requiere de un tratamiento médico especializado de carácter hospitalario en el hogar (Espinel et al., 2011). Pero esto aún se torna más difícil cuando hay una persona adulta mayor. De manera que se producen situaciones de estrés, para la persona que padece las complicaciones y para la familia en su conjunto, porque brindar atención y cuidado por períodos prolongados provoca cansancio físico, así como emocional.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa compleja que se ha convertido en un problema social a nivel mundial porque en ella intervienen diversos factores de riesgo para su desarrollo y evolución. Los principales factores de riesgo

identificados son los hereditarios, biológicos y socioculturales (Diario Oficial de la Federación, DOF, 201). Es necesario destacar que el análisis de los factores de riesgos socioculturales tiene un alto grado de dificultad porque son multidimensionales e involucran la interacción de procesos económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales. La interacción de estos factores de riesgo tiende a dar como resultado la adopción de hábitos de alimentación no saludables, como el consumo excesivo de azúcares refinados, sodio y alcohol en la alimentación diaria, que se gestan en la infancia.

El periodo de la infancia es la etapa de crecimiento en las áreas social, cognitiva y emocional que coinciden con la educación preescolar. El periodo de la niñez es la etapa de crecimiento en las áreas de percepción, memoria y razonamiento que coincide con la educación escolar. En donde convive con otros seres humanos de su misma edad con iguales derechos, deberes y requerimientos de atención. Y es en esta etapa de la vida en que gestan hábitos alimenticios, de actividad física o de estilos de vida que pueden ser generadores de las principales enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus tipo I (Mahan y Raymond, 2017).

Los comportamientos de salud se construyen a través del proceso de sociabilización en diversos ámbitos, y durante toda la vida, en relación a un sistema de creencias y necesidades de salud (Perera, 2012). En este contexto, la diabetes mellitus representa una enfermedad en donde la persona va construyendo significados de salud, enfermedad, atención y cuidado conforme a experiencias previas que se hayan tenido en la vida y su relación con síntomas percibidos (Andrade, Antonio y Cerezo, 2012).

De acuerdo con Aguilar et al (2017), los hábitos de salud familiares son trascendentales ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores, ya que es donde se gestan comportamientos de salud que reducen o aumentan la vulnerabilidad de las personas y las familias ante esta enfermedad compleja e incurable. Los aprendizajes y conocimientos que la persona haya tenido en la niñez, pueden

motivar y modificar los comportamientos no saludables para adherirse al tratamiento.

Los hábitos de salud, sobre todo aquellos que se adquieren en las primeras etapas de la vida se vinculan a creencias y percepciones sobre la salud y la enfermedad, pero además a las acciones para mantener o recuperar la salud (Moreno y Gil, 2003). Así el comportamiento de salud es un concepto integral que no se limita al análisis de un comportamiento particular, sino que también requiere examinar cómo la persona conoce, aprende y forma parte de la realidad social. Por lo que es necesario estudiar el entorno de la persona, sobre todo de su entorno familiar y la social que son elementos que la constituyen (Campos, 1992).

En función de lo anterior este estudio buscó identificar los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores y examinar cómo la transición alimentaria modifica los patrones de alimentación de las familias. En este trabajo se pretende generar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores desde el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus, lo cual permitirá iniciar cambios en los comportamientos preventivos y protectores de la salud.

## **Metodología**

El presente trabajo de investigación cualitativo tuvo como fundamento epistemológico el conocimiento de lo particular para comprender el fenómeno de estudio, por lo cual se sustentó en el paradigma fenomenológico con la intención de priorizar el análisis de los procesos subjetivos e intersubjetivos y no la representatividad de los resultados (Álvarez, 2003; Sautu, 2003).

La muestra intensional estuvo conformada por doce mujeres adultas mayores. Los criterios de inclusión fueron: pertenecer al grupo poblacional que había registrado el mayor diagnóstico de diabetes mellitus en años recientes, pertenecer al género que en mayor medida práctica el autocuidado para la salud debido a la

acumulación de conocimientos y aprendizajes sobre este tema, vivir un envejecimiento habitual, caracterizado por una ligera incapacidad funcional sin llegar a la dependencia, y contar con seguridad social.

Además, las participantes no presentarían ningún tipo de deterioro cognitivo que les impidiera responder a la entrevista cualitativa; deberías ser autónomas e independientes para asistir con regularidad a los servicios de salud.

El contacto con las mujeres se estableció a través de las instituciones de salud. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de las mujeres que estaban ubicadas en colonias urbanas del Área Metropolitana de Monterrey. La recolección de los datos inició a través de la observación participante, que permitió identificar acontecimientos concretos, estilos de vida, hábitos de salud y dinámicas para generar una guía de observaciones posteriores; y la entrevista semiestructurada, que contempló temas relacionados a factores de riesgo y el tratamiento médico en forma de preguntas retrospectivas, y el diario de campo en donde se realizaron notas metodológicas, teóricas y descriptivas que facilitó analizar con mayor profundidad las narrativas de las mujeres (Álvarez, 2003).

El tratamiento de la información se llevó a cabo seleccionando, simplificando y transformando la información recolectada para procesar los datos y así preparar el análisis (López y Deslauriers, 2011). A través de este proceso se identificaron unidades de análisis al que se les asignó un código para identificar, reunir y clasificar la información y por medio de la categorización se elaboró un sistema de categorías y sub-categorías.

La validez del estudio fue descriptiva, interpretativa y teórica y la confiabilidad se obtuvo a través de diversos medios técnicos como grabaciones de audio y fotografías (Burke, 1999). Finalmente, se realizó una triangulación de datos, teórica y de investigadores a través de la observación participante, la guía de entrevista semi-estructurada y el diario de campo (Álvarez, 2003).

La confidencialidad del estudio fue considerada a través de la aplicación de un formato de consentimiento informado que todas las participantes firmaron antes de iniciar el trabajo de recolección de datos.

## Resultados y discusión

El estudio de las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores permitió identificar patrones en los hábitos de salud que proporcionaron una mayor comprensión de la diabetes mellitus como una problemática social. Los patrones contienen diversos eventos que reflejan las situaciones, temas y problemas relacionados con el fenómeno de estudio (Cabello, 2005). El primer patrón se enfocó en el análisis de los eventos que se determinaron como factores de riesgo en las etapas tempranas de vida para el desarrollo de la diabetes mellitus en etapas posteriores de la vida. De igual modo, en los eventos que vivieron las mujeres adultas mayores en etapas tempranas de vida, se identificaron hábitos familiares no saludables como factores de riesgo socioculturales en el desarrollo de esta enfermedad. Entre esos se presentaron la ausencia de cambios en la dieta familiar cuando un familiar vivía con sobrepeso u obesidad, las actividades familiares sedentarias y el hábito de fumar dentro del hogar.

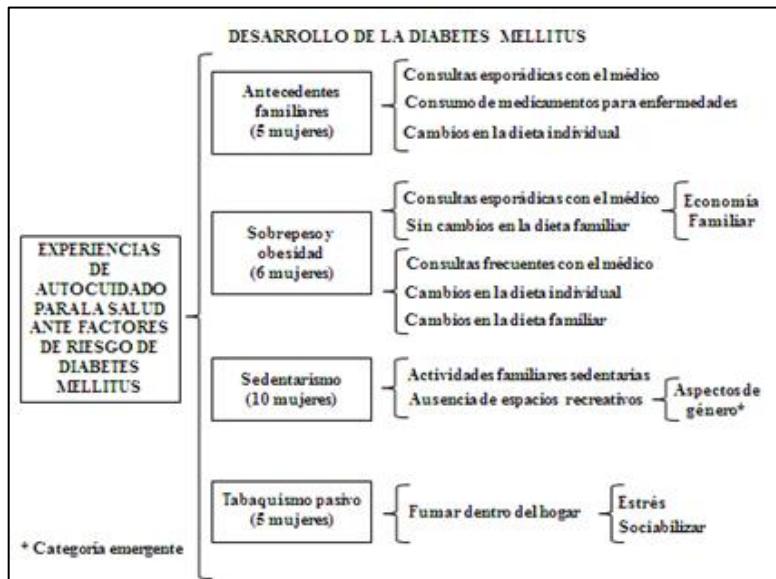
Es preciso señalar que todas las mujeres adultas mayores que participaron en el presente estudio, vivieron su etapa de niñez entre las décadas de los años cincuenta y setenta del siglo pasado. Cuando el proceso de industrialización comenzaba a consolidarse en las diferentes regiones del país (Carcar, 2013; Gómez, 2003). Debido a ese contexto social, las mujeres comenzaron a experimentar los cambios incipientes de la transición epidemiológica, principalmente en la presencia de familiares que habían sido diagnosticados con diabetes mellitus. Aunque las primeras causas de enfermedad en la familia seguían siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias (Perdigón y Fernández, 2008). Por consecuencia, los hábitos de salud familiares se

orientaban a la práctica de la higiene y el consumo de medicamentos para prevenir y controlar a las mismas. Eso sin tomar en consideración otro tipo de hábitos de salud para las enfermedades crónicas-degenerativas de riesgo coronario (Perdigón y Fernández, 2008).

Los resultados encontrados sobre los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores están relacionados con la percepción sobre desarrollar diabetes mellitus con el paso del tiempo.

En ese sentido, el análisis se enfocó en las experiencias de vida respecto a los antecedentes familiares de la diabetes mellitus. Es decir, cuando las mujeres adultas mayores mencionaron que un familiar de primer grado padecía la enfermedad, así como en la percepción de sobrepeso u obesidad, las actividades familiares sedentarias y el tabaquismo pasivo, porque un familiar de las mujeres adultas mayores tenía el hábito de fumar dentro del hogar. De esta forma, se construyeron patrones de los hábitos de salud familiares que tienen la particularidad de haberse construido en un contexto epidemiológico en donde los factores de riesgo de esta enfermedad no eran del todo conocidos en esa época (véase ilustración 1).

**Ilustración 1.** Desarrollo de la diabetes mellitus



**Fuente:** elaboración propia

### **Antecedentes familiares**

Se reconoce que uno de los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus es el hereditario, porque esta enfermedad tiene una propensión hereditaria que se manifiesta cuando la persona tiene una exposición constante con otros factores de riesgo socioculturales (ambientales) (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Por consecuencia, el tener padres o hermanos que padecen diabetes mellitus es considerado un antecedente familiar que es importante para esta enfermedad.

Entre las participantes, la mayoría mencionaron que sus padres padecieron diabetes mellitus cuando ellas eran niñas, convirtiéndose así en un familiar de primer grado con esta enfermedad crónica. Una vez identificado ese evento en las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores, se detectaron los patrones de hábitos de salud familiares que tenían como propósito el mantener la salud de ese familiar. Este análisis dio como

resultado dos tipos de patrones: uno en donde los comportamientos de salud protectores consistían en el consumo de medicamentos para tratar la diabetes mellitus y otro, en el cual este comportamiento se conjugaba con cambios en la dieta del familiar que padecía la diabetes mellitus (cambios en la dieta individual).

Respecto a los comportamientos de salud protectores sustentados en el consumo de medicamento las mujeres adultas mayores mencionaron:

Sonia: "Sí...se le recordaba que tomaba sus medicamentos".

Nora: "Sí, sus pastillas para el azúcar (diabetes mellitus)".

## **Sobrepeso y obesidad**

La interacción de factores de riesgos hereditarios, biológicos y socioculturales (o ambientales) tiende a originar factores de riesgo en el estado nutricional. Principalmente el factor de riesgo del sobrepeso y la obesidad en las etapas tempranas de la vida (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Respecto a los factores de riesgo hereditarios que influyen en el sobrepeso y la obesidad, se refiere que, si ambos padres padecen de obesidad, la probabilidad de que sus hijos la padecan se incrementa en más de un cincuenta por ciento (Martínez y Navarro, 2013). En cuanto a los factores de riesgo socioculturales (o ambientales), se ha detectado que los cambios de hábitos alimentarios a la hora de consumir los alimentos, incrementan la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad en todos los miembros de la familia (Martínez y Navarro, 2013).

Sobre el factor de riesgo del sobrepeso y obesidad durante la niñez de las mujeres adultas mayores, la mayoría de ellas mencionaron que percibieron su presencia. De este modo, se detectaron dos patrones de hábitos de salud familiares ante este factor de riesgo. El primero fue que la familia recurrió a los servicios de salud de manera frecuente y así realizó cambios en la dieta familiar o individualmente (exclusiva para la mujer adulta mayor). Y el otro fueron consultas esporádicas sin cambio en la dieta familiar.

Este fue el caso de Magda diagnosticada con diabetes mellitus tipo II en su etapa de vejez. Expresó antecedentes familiares de la enfermedad y contó con el apoyo familiar para controlar su sobrepeso en su etapa de niñez:

Magda: "Sí (padecí), desde muy chica el sobrepeso, pero mi familia me apoyaba alimentándome mejor".

En cambio, Sonia que vive con diabetes mellitus desde hace dieciocho años e hipertensión arterial desde hace tres años experimentó el segundo patrón de hábitos de salud familiares. Ella mencionó que durante su niñez su familia se asesoró frecuentemente con un profesionista quien proporcionó un plan de alimentación saludable. Sin embargo, ella destacó que sintió una falta de integración familiar para implementar y dar seguimiento a ese plan de alimentación:

Sonia: "Sí, sí la padecía (obesidad), una vez me llevaron con nutriólogo, pero (ellos) simplemente decían: ¡tú ya no comas!".

## **Sedentarismo**

Sobre el tema de los hábitos de actividad física, se refiere que los factores de riesgos socioculturales o ambientales, tal es el caso de los ambientes sedentarios, que tienden a producir hábitos de actividad física no saludables como lo son la falta de la práctica de ejercicio o deporte (Granda et al., 2018). El principal hábito de actividad física no saludable es el sedentarismo que acelera los procesos metabólicos del sobrepeso y obesidad y de otro tipo de enfermedades crónicas (Granda et al., 2018; Mahan y Raymond, 2017). Al respecto, se refiere que las actividades sedentarias en las etapas tempranas de la vida influyen en el desarrollo del sobrepeso u obesidad infantil. También disminuyen las oportunidades para que los niños y personas establezcan contacto con el entorno que rodea (Cigarroa et al., 2016).

Respecto a los hábitos de salud familiares para motivar la actividad física o el deporte para disminuir el sedentarismo, la mitad de las mujeres adultas mayores que presentaron sobre peso u obesidad en su etapa de niñez se presentaron dos tipos de patrones: Uno de ellos es en relación al apoyo familiar, como el de María y Magda, como lo refieren en sus discursos: María: "Sí, mi padre me incentivaba a practicar box" ... Magda: "Sí, porque el beisbol le gustaba a mi papá".

El otro patrón que siguieron el resto de las mujeres fueron las que no sintieron un apoyo familiar para generar hábitos de actividad física familiares. Como fue el caso de Sonia por no ser una costumbre de salud familiar: Sonia: "No, no sé, quizá porque ellos tampoco lo hacían".

### **Tabaquismo pasivo**

En años recientes ha tomado relevancia el tabaquismo pasivo como factor de riesgo socio-cultural (ambiental) para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo II (Lugones, 2006). Respecto a este factor de riesgo, algunas mujeres adultas mayores mencionaron haber vivido su niñez con un familiar que practicaba el tabaquismo activo dentro del hogar. Debido a eso se detectaron dos patrones. El primero se relaciona a la práctica de este hábito por el estrés de la vida cotidiana:

María: "Sí, mi madre fumaba, aproximadamente 6 cigarros diarios".

Sonia: "Sí, mi padre fumaba por ansiedad".

El segundo patrón se relaciona a la práctica del hábito por sociabilizar con otras personas de la comunidad:

Magda: "Sí, mi padre... por estar con una amistad".

Mayra: "Sí, mi padre, era muy normal en esa época".

Estela: "Sí, mi padre fumaba desde muy chico de edad".

Sobre estos patrones es preciso destacar, que con el tiempo, Sonia y Magda presentaron diversas enfermedades respiratorias, como el asma, en la etapa de niñez (Mahan y Raymond, 2017). De modo que la presencia de esas enfermedades respiratorias limitó la capacidad pulmonar de estas mujeres para practicar actividad física, ejercicio y deporte en la niñez. Eso específicamente en las mujeres que mencionaron haber padecido sobrepeso u obesidad desde la niñez hasta la edad adulta (Araya, 2004). Por lo tanto, el tabaquismo pasivo que vivieron las mujeres en su etapa de niñez se puede identificar como un factor de riesgo que contribuyó al desarrollo de la diabetes mellitus con el tiempo (Lugones, 2006).

De manera semejante, Mayra mencionó que ella fue fumadora activa desde joven porque era un hábito familiar. Es preciso mencionar que ella fue diagnosticada de diabetes mellitus en etapa adulta y no dejó de fumar hasta hace apenas dos años cuando desarrolló diversas comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus. De este modo, se identifica que el consumo de tabaco no fue percibido como una barrera que le impidió mantener la adherencia al tratamiento.

Es por esto que el tabaquismo pasivo en la niñez se puede considerar como un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus desde dos dimensiones. La primera es la indirecta por la pérdida de las capacidades biológicas, principalmente las respiratorias, por lo que se tiende a reducir la actividad física. Además, con ello se incrementa el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad. La segunda es la directa que es la transición de un tabaquismo pasivo en la niñez a un tabaquismo activo en la edad adulta.

## Conclusiones

El presente trabajo presenta parte de los resultados de un estudio fenomenológico respecto a las experiencias de vida de mujeres adultas mayores que viven con la presencia de la diabetes mellitus. De manera particular, se muestran las experiencias de vida que

permiten distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres. Es así que se determina que el ámbito familiar influye en la adopción de hábitos saludables para reducir los factores de riesgo socioculturales, así como también influye para mantener hábitos no saludables como el tabaquismo, el sobrepeso u obesidad infantil y el sedentarismo.

En relación a los hábitos alimentarios se identifica que el consumo de una alimentación saludable está influenciado, en gran medida, por el acompañamiento en ámbitos familiares. De modo que la carencia de ese tipo de acompañamientos representa un gran desafío para mantener la adherencia al tratamiento nutricional porque la adopción de hábitos saludables depende solamente de la propia voluntad. De manera que es frecuente que el consumo de una alimentación saludable no sea una constante en el tratamiento médico integral.

Con respecto a los hábitos de actividad física, ejercicio y deporte se determina que éstos están relacionados a la motivación de los padres de familia, por lo cual siguen estereotipos y roles de género que tienden a generar actividades sedentarias dentro del hogar. Es así que la práctica de actividad física tampoco es una constante del tratamiento médico integral. De manera que el presente estudio lleva a reconocer que la familia juega un papel fundamental en el cambio de los comportamientos de salud para lograr que el tratamiento médico integral del sobrepeso u obesidad se mantenga a través de los años y disminuya el riesgo de padecer diabetes mellitus y la vulnerabilidad que esta enfermedad ocasiona en las personas y las familias.

Asimismo, se subraya la importancia de la prevención en instituciones de salud por parte del personal de Trabajo Social, con la idea de adquirir hábitos de salud desde etapas tempranas de la vida y contar con la participación activa de la familia en la construcción de hábitos saludables de alimentación para promover un envejecimiento saludable desde la infancia en el conjunto familiar. Al mismo tiempo, se reconoce que la adopción de hábitos

de salud familiares debe ir acompañada de la creación de entornos saludables que promuevan actividades recreativas y deportivas desde la etapa de niñez hasta la etapa de vejez con una perspectiva de género. Con el fin de generar acciones que disminuyan factores de riesgo que se crean en las estructuras sociales y que inciden en la vida cotidiana de las personas.

## Referencias

- Aguilar, C., Zapata, R., López, C., y Zurita, E. (2017). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horizonte sanitario*. 17 (3), 235-240. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000300235](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000300235)
- Álvarez. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. España: Ediciones Paidos Ibérica, S.A.
- Andrade, S., Antonio, M., y Cerezo, A. (2012). Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes. *Desarrollo Científico Enferm.* 20 (89).
- Araya, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista costarricense de ciencias médicas*. 25 (3). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0253-29482004000200007](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007)
- Burke, R. (1999). Examining the validity structure of qualitative research. En K. Andrea, *Cases in qualitative Research*. Estados Unidos: Pyrczak Publishing.
- Cabello, M. y Zúñiga, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. 10 (2) 183-188.
- Campos, R. (1992). *La antropología médica en México*. Editorial Amacalli Editores, S.A. de C.V.
- Carmona, S. (2011). *Envejecimiento activo la clave para vivir más y mejor*. Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Champion, V., y Sugg, C. (2008). *The Health Belief Model*. En: Glanz, K., Rimer,

- B. y Viswanath K. *Health Behavior and Health Education* (págs. 45-62). Editorial Jossey-Bass.
- Cigarroa, I., Sarqui, C., y Zapata, R. (2016). *Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana*. Universidad y salud. 18 (1) 156-169.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a15.pdf>
- Covid-19 México (2020). *Información General. Datos.covid-19.conacyt.mx*  
<https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- DOF. (2018). *Tratamiento diabetes mellitus PROY-NOM-015-SSA2-2018*. Gobierno de la República.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018).
- Espinel, M., Sánchez, S., Juárez, T., García, J., Viveros, Á., y García, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reintegros hospitalarios. *Salud Pública de México*. 53 (1) 17-25.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100004).
- Federación Internacional de la Diabetes (2020). Datos y cifras sobre la diabetes. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Fernández, M. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia. Atención Familiar*  
<http://www.facmed.unam.mx/depertos/familiar/atfm111/revisiónclínica.html>.
- García, M., y García, R. (2005). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Revista Cubana Endocrinología*. 16 (2) 1-11 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532005000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000200002).
- González, C., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 49 (4) S448-S458.

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?  
script=sci\_arttext&pid=S0036- 36342007001000003.
- Granda, J., Alemany, I., y Aguilar, N. (2018). *Género y relación con la práctica de la actividad física y el deporte. Mujer y deporte*. 132 (2) 123-141.
- Guerrero, L., y León, A. (2010). Estilo de vida y salud. Educere. *La revista venezolana de educación*. 14 (48) 13-19.  
<https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2021). Características de las defunciones registradas en México durante 2021, preliminar.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)
- Lanas, F., y Seron, P. (2012). Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Rev. med. clin. conde*. 26 (3) 699-705.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703711>.
- López, D., Moreno, L., Cárdenas, L., y Martínez, A. (2021). Cultura del Autocuidado en Personas con Diabetes Mellitus, en una Comunidad Rural del Estado de México. *Salud y Administración*. Volumen 8 Número 22 Enero-Abril 2021.
- López, R., y Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen*. 61:1-19.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3756178>.
- Lugones, M. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 44 (3) 1-11.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000300007&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000300007&script=sci_abstract).
- Mahan, K., y Raymond, J. (2017). *Krause. Dietoterapia*. Editorial Elsevier.
- Martínez, C., y Navarro, G. (2013). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobre peso y la obesidad infantil y juvenil en México.

- Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 52 (1) 94-101. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2014/ims141p.pdf>.
- Moreno, E., y Gil, J. (2003). El modelo de Creencias en Salud: Revisión teórica, Consideración Crítica y Propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. vol. 3, núm. 1, june, 2003, pp.91-109.
- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Revista Educación*. 31(1), 145-164.
- Perera, M. (2012). Enfoque teórico-metodológico para el estudio de la vida cotidiana. *Global Journal of Community Psychology Practice*. 3 (4) 1-5. <https://www.gjcpp.org/pdfs/2012-Lisboa-053.pdf>.
- Ramírez, J., García, M., Cervantes, R., Mata, N., Zárate, F., Cordero T., y Villarreal, A. (2003). Transición alimentaria en México. *An Pediatr*. 2003; 58 (6): 568-573.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Editorial Lumiere.
- Secretaría de Salud. (2018). *Anuarios de morbilidad. Información epidemiológica. 1984-2018*. Secretaría de Salud. [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/indice\\_anuarios.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/indice_anuarios.html)
- Torres, L., Vladislavovna, S., Reyes, H., Villa, J., Constantino, P., y Pérez, R. (2006) Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten. Primaria*. 38 (7) 381-386. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-las-necesidades-salud-atencion-primaria-mediante-13094054>.
- Trujillo, L., y Nazar, A. (2011). Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios demográficos y urbanos*. 26 (3) 639-670.

Urbina, H. (2014). Espacio público urbano como catalizador de actividad física y bienestar psicológico. *Revista Wimblu*. 91 (1) 67-81.