


## Percepción sobre diabetes y obesidad en jefas de familia del estado de Nuevo León

*Perception of diabetes and obesity among female heads of household in the state of Nuevo León*

María Natividad Ávila-Ortiz <sup>1</sup> 

Brenda Berenice Tovar Jasso <sup>2</sup> 

Ana Elisa Castro Sánchez <sup>3</sup> 

### Resumen

**Introducción.** México ocupa el primer lugar a nivel mundial de prevalencia en diabetes y segundo lugar en obesidad en adultos, por lo cual son retos importantes de salud pública. Estas enfermedades crónicas tienen una estrecha relación y la sufren tres de cada cuatro mexicanos mayores de 18 años que viven en zonas de alta marginación. Además, la diabetes es considerada una de las principales causas de mortalidad en adultos. **Objetivo.** Conocer los significados atribuidos a la obesidad y diabetes por jefas de familia migrantes y no migrantes del estado de Nuevo León. **Método.** Cualitativo con una muestra de 12 jefas de familia que presentaban obesidad y diabetes tipo 2. La información se recopiló por entrevistas semiestructurada y para analizar la información se utilizó el software cualitativo MAXQDA. **Resultados.** Mujeres de 38 a 70 años, casadas, la mayoría tienen escolaridad de primaria, la mitad eran migrantes y se dedicaban al hogar. Para las entrevistadas la diabetes es una enfermedad desconocida y responsabilizan al factor genético. Persisten en los entrevistados hábitos no saludables, desapego a la dieta y falta de seguimiento de su enfermedad. La diabetes la relacionan con la muerte y esto las acercó más a su religión. **Conclusión.** La diabetes y la obesidad están relacionadas con la alimentación en la cual influye la enfermedad, las emociones, la economía y la familia. Realizar investigaciones cualitativas en comunidades permite encontrar alternativas de solución dirigidas a desarrollar estrategias de intervención en promoción de la salud.

---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León  
Correo electrónico: maria.avilaort@uanl.edu.mx

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León  
Correo electrónico: brenda.tovarjs@uanl.edu.mx.

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León  
Correo electrónico: ana.castrosh@uanl.edu.mx

*Palabras clave: Salud-enfermedad, Trabajo Social en Salud, Diabetes y obesidad*

### **Abstract**

**Introduction.** Mexico ranks first worldwide in the prevalence of diabetes and second in obesity in adults, which are important public health challenges. These chronic diseases are closely related and are suffered by three out of four Mexicans over 18 years of age who live in highly marginalized areas. In addition, diabetes is considered one of the main causes of mortality in adults. **Objective.** To determine the meanings attributed to obesity and diabetes by migrant and non-migrant female heads of household in the state of Nuevo León. **Method.** Qualitative study with a sample of 12 female heads of household with obesity and type 2 diabetes. The information was collected through semi-structured interviews and the qualitative software MAXQDA was used to analyze the information. **Results.** Women between 38 and 70 years of age, married, most of them had primary schooling, half of them were migrants and dedicated themselves to the home. For the interviewees, diabetes is an unknown disease, and they blame the genetic factor. Unhealthy habits, lack of adherence to diet and lack of follow-up of their disease persist in the interviewees. They relate diabetes to death, and this brought them closer to their religion. **Conclusion.** Diabetes and obesity are related to diet, which is influenced by disease, emotions, economy and family. Conducting qualitative research in communities allows us to find alternative solutions aimed at developing intervention strategies for health promotion.

*Keywords: Health-disease, Social Work in Health, Diabetes and obesity.*

### **Cómo citar este artículo:**

Ávila Ortiz, M. N., Tovar Jasso, B. B., & Castro Sánchez, A. E. (2024). Percepción sobre diabetes y obesidad en jefas de familia migrantes y no migrantes del estado de Nuevo León. *REVISTA ACANITS REDES TEMÁTICAS EN TRABAJO SOCIAL*, 3(5), 92–114. <https://doi.org/10.62621/acanits-redes-t-ts.v3i5.54>

## **Introducción**

Desde hace algunos años los cambios en la salud de la población mundial generados por enfermedades crónicas se han venido expandiendo de manera rápida y han cambiado el perfil epidemiológico de países y grandes estratos sociales (Abalo, 2016). La desesperación e incertidumbre que puede

ocasionar en las personas una enfermedad incurable, como lo es hasta ahora la diabetes, ocasiona que acudan a opciones de tratamiento o supuesta curación carente de bases científicas y son fácilmente embaucadas por el mundo mágico de los mitos y creencias sobre la diabetes. Esta situación no es exclusiva de México. Muchas creencias que pasan de boca en boca, generación tras generación, continúan arraigadas entre la población, impidiendo, muchas veces, el control adecuado de la diabetes (Fonseca et al., 2017).

Las enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad y la diabetes tienen relación directa con la progresión y agravamiento de otros padecimientos. Demandan entonces nuevos abordajes y medidas para su control, en el paciente, en la familia, en la comunidad y para los sistemas de salud, principalmente porque los fenómenos de salud son dinámicos y la aparición de una nueva enfermedad es evidente, causando conmoción y un panorama complejo en las sociedades (Med et al., 2020). En donde estas enfermedades están siendo causa de investigaciones a nivel mundial, descritas como factor de riesgo de morbimortalidad en infecciones respiratorias que recientemente se han desencadenado provocadas por virus como el de la gripe A (H1N1) o la epidemia en extensión con gravedad significativa (SARS-CoV-2) conocida como COVID-19 (Medina-Chávez et al., 2020).

En la actualidad, alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años tienen diabetes. Esto representa el 9,3% de la población mundial en este grupo de edad. Se prevé que la cantidad total aumente a 578 millones (10,2%) para 2030 y a 700 millones (10,9%) para 2045 (Russo et al. 2023). En nuestro país, el sobrepeso y la obesidad afectan a más del 75 % de las personas adultas, cifras que nos ubican como segundo lugar a nivel mundial en obesidad en adultos, superado solamente por los EE. UU.

De acuerdo con el Informe Mundial Sobre la Diabetes por la OMS (2016), la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre) o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce, siendo un importante problema

de Salud Pública y una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario.

En cuanto a la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende, ganancia de peso, esta enfermedad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 (Cervera et al., 2010; Carrasco & Galgani, 2012). Ante la evidencia presentada, este trabajo tiene como objetivo Conocer los significados atribuidos a la obesidad y diabetes por jefas de familia migrantes y no migrantes del estado de Nuevo León.

## Obesidad y sobrepeso

La obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El diagnóstico se realiza mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), obtenido al dividir el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). En adultos, se considera sobrepeso si el IMC es igual o superior a 25, y obesidad si es igual o superior a 30 (OMS, 2016; Moreno, 2012).

Hoy en día, el sobrepeso y la obesidad se reconocen como uno de los principales desafíos de salud pública en el mundo. Su crecimiento rápido y su impacto negativo en la salud de quienes los padecen los convierten en una preocupación importante. Aumentan significativamente el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida. Se estima que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 están relacionados con el sobrepeso y la obesidad (Barrera-Cruz et al., 2013).

La Norma Oficial Mexicana (NOM) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes define a esta enfermedad como una afección sistémica, crónico-degenerativa, de naturaleza heterogénea, con distintos

grados de predisposición hereditaria y con la influencia de diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas (NOM015-SSA2-2010). Diario Oficial de la Federación, 23 de noviembre de 2010).

Los diagnósticos más comunes de diabetes son la Diabetes Gestacional, la Diabetes Mellitus tipo 1 y la Diabetes Mellitus tipo 2, esta última, también conocida como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, representa la mayoría de los casos a nivel mundial. La diabetes puede manifestarse a cualquier edad, pero suele ocurrir más frecuentemente después de los 40 años, con un mayor riesgo asociado a la obesidad, la falta de actividad física, antecedentes familiares, hipertensión y la edad (Rojas-Martínez et al., 2018; OMS, 2020).

En México, la diabetes es la principal causa de mortalidad y su incidencia ha ido en aumento, con alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-19) indica que la prevalencia de diabetes, según diagnóstico médico previo, en adultos del país fue del 10.3%, siendo mayor en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%), y mayor que la reportada en la ENSANUT Medio Camino 2016, que fue del 9.4% de los adultos (10.3% de las mujeres y 8.4% de los hombres). Los estados con mayor prevalencia son Campeche (14.0%), Tamaulipas (12.8%), Hidalgo (12.8%), Ciudad de México (12.7%) y Nuevo León (12.6%) (Hernández et al., 2016; Shamah et al., 2020; Medina et al., 2020).

En el caso de la obesidad, en México aproximadamente siete de cada diez adultos padecen sobrepeso u obesidad. La prevalencia de obesidad en adultos fue de 36.4% y la de sobrepeso de 35.8 %. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (41.1%) que en el masculino (31.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 37.8% y el femenino de 33.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 75% en las mujeres y en 69.6% de los hombres. Específicamente en Nuevo León la obesidad está presente en 46.2% de mujeres y en el 36.6% de hombres (Shamah-Levy et al., 2022)

Cuando no existe un control en la diabetes sus efectos son que con el tiempo daña gravemente órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos, genera complicaciones que afectan la calidad de vida de las personas y provoca problemas a sus familias. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones (OMS, 2017).

Las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes generan enormes costos para los sistemas de salud. Por ejemplo, en México, en el año 2010, se destinaron aproximadamente diez mil millones de pesos para cubrir costos directos e indirectos, que incluyen consultas, medicamentos, hospitalización y complicaciones, así como la mortalidad prematura y la discapacidad permanente o temporal (González-Cantero y Oropeza, 2016).

A pesar de que se conocen bien los factores de riesgo que contribuyen a la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones, México enfrenta serias limitaciones en la contención efectiva de estas enfermedades, a pesar de contar con una Estrategia Nacional para su prevención y control. Estas enfermedades afectan de manera desproporcionada a los grupos de población con recursos limitados y a las poblaciones vulnerables, lo que conduce a un mayor empobrecimiento de las personas y sus familias. (Córdova et al, 2009; Alegre-Díaz et al, 2016).

Los problemas de salud actuales requieren un análisis holístico e integrador. Las respuestas del sistema de salud a esta problemática se basan en un modelo biomédico que se centra en el diagnóstico de riesgos, la prevención, el control y el tratamiento, sin tener suficientemente en cuenta las percepciones de los pacientes, sus familias y la comunidad en general. Esta nueva situación epidemiológica genera creencias, contradicciones, confusiones y angustias entre la población. (García et al., 2017; Alarcón y Gutiérrez, 2020). Las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas suelen experimentar una serie de reacciones emocionales, como síntomas depresivos, ansiedad, enojo o estrés, que pueden causar desequilibrios

metabólicos. Estos problemas se ven agravados por la falta de adherencia al tratamiento. (Sánchez-Cruz et al., 2016).

## Material y método

El diseño del estudio fue cualitativo, la población del estudio fueron jefas de familia del estado de Nuevo León. Los criterios de inclusión fueron jefas de familia mayores de 18 años y que presentaran un IMC mayor a 25, que hayan sido diagnosticadas con diabetes y que acepten ser entrevistadas. Los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El estudio se llevó a cabo cumpliendo con el Reglamento de la Ley General de Salud. Cada participante firmó un consentimiento informado, en el cual se les explicó el propósito del estudio y se les aseguró el derecho de retirarse en cualquier momento. Además, se garantizó la confidencialidad de sus datos personales y se solicitó autorización para grabar las entrevistas en audio. También se les proporcionó información sobre la duración aproximada de la entrevista, que fue de 30 a 40 minutos.

En la realización de las entrevistas participaron dos investigadoras y dos estudiantes las cuales fueron capacitadas sobre el objetivo del estudio y cómo realizar la técnica de entrevista semiestructurada. La lista de las personas a entrevistar se obtuvo de una base de datos que indicaba que 46 jefas de familia que cumplieran con los criterios de inclusión cualitativos. Se acudió a la comunidad en Juárez Nuevo León ya con los domicilios identificados.

Se realizaron un total de 12 entrevistas como muestra final, logrando alcanzar la saturación de la información. Este proceso consistió en recopilar suficientes evidencias para garantizar la credibilidad de la investigación. Cuando los informantes clave coinciden en sus observaciones o apreciaciones, se considera que la información está saturada, ya que no se aportan nuevos hallazgos (Sibaja, 2012; Hidalgo, 2016).

El instrumento utilizado constaba de una primera parte en la que se indagaban datos sociodemográficos, incluyendo edad, fecha de nacimiento, estado civil, origen étnico, historial migratorio, nivel educativo, ocupación e ingresos. Se preguntó acerca de la prevalencia de diabetes mediante auto-reportes de diagnóstico médico y se tomaron medidas antropométricas para determinar la prevalencia de obesidad.

Posteriormente, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, la cual implica un intercambio de información entre el entrevistador y el entrevistado, donde se formulan preguntas abiertas que se responden en el contexto de una conversación fluida, sin seguir una estructura formal estandarizada (Sibaja, 2012).

Los temas de guía durante la entrevista incluyeron: diabetes (9 preguntas), dieta y nutrición (5 preguntas), capacidad económica para comprar alimentos (5 preguntas), hábitos alimentarios (10 preguntas), estado de ánimo (3 preguntas) y servicios de salud (4 preguntas).

### *Análisis de los datos*

El enfoque fenomenológico adoptado en este estudio para analizar las percepciones y experiencias de las jefas de familia respecto a la obesidad y la diabetes es fundamental para comprender la vivencia subjetiva de estas enfermedades. La fenomenología permite explorar en profundidad el significado que estas mujeres atribuyen a su condición, desde su propia perspectiva. Esta metodología se basa en una reflexión crítica que busca examinar y describir la evidencia vivida, es decir, los fenómenos tal como son experimentados por los individuos. Al adoptar esta perspectiva, se establece un vínculo esencial entre la comprensión filosófica y científica del mundo, permitiendo una comprensión más completa y auténtica de la experiencia humana. Al centrarse en la visión de quienes han experimentado directamente la obesidad y la diabetes, la fenomenología proporciona una comprensión más profunda y rica de cómo estas enfermedades impactan en la vida cotidiana, las percepciones y las emociones de las personas afectadas. Esto permite abordar de manera más efectiva los desafíos y necesidades

específicas de esta población en términos de prevención, tratamiento y cuidado de la salud (Husserl, 2013; Mendieta & Ramírez 2015).

Para el procedimiento del análisis cualitativo, se utilizó la guía descrita por Creswell (2009), donde:

1. Durante la revisión de los datos, se llevó a cabo un proceso simultáneo en el que se escuchaba el audio y se transcribía, mientras se generaban ideas sobre las posibles categorías de la entrevista y cómo organizarlas para lograr una secuencia coherente de los eventos.
2. Los datos fueron organizados y preparados para su análisis, asegurando que se incluyera toda la información relevante para la investigación y se crearan categorías para esquematizar la información de manera efectiva.
3. Se procedió a una lectura exhaustiva de los datos, utilizando tablas para visualizar las relaciones entre las categorías y sus descripciones, facilitando así la comprensión del contenido.
4. La codificación de los datos se llevó a cabo en función de los temas abordados en la entrevista, asignando códigos breves y descriptivos para cada elemento relevante mencionado.
5. Se exploraron conexiones entre los temas identificados, se buscaron patrones conforme a literatura relevante, permitiendo así la construcción de un análisis sólido de la información obtenida en el estudio.
6. Se realizó una interpretación detallada del significado de cada tema, validando la información mediante la revisión de artículos de otros autores para buscar convergencia de resultados, en un proceso conocido como triangulación teórica.

La transcripción de las entrevistas se realizó en Microsoft Office, posteriormente la codificación y categorización de la información se llevó a cabo en el programa cualitativo MAXQDA.

## Resultados

Se describen los hallazgos de 12 entrevistas semiestructuradas a mujeres jefas de familia residentes de la Colonia Arboledas de los Naranjos que reportaron haber sido diagnosticadas con Diabetes y tener un IMC mayor a 25. Se obtuvieron 2 categorías 1) La percepción del significado de diabetes y tenía como subcategorías: Percepción de la enfermedad, inicio de la enfermedad y tratamiento, 2) La percepción en relación con la obesidad y diabetes y las subcategorías fueron: emociones, economía y familia.

En relación con el perfil de las participantes, el promedio de edad fue de  $51.9 \pm 10.3$  años. En cuanto al estado civil, 83.4% vive en pareja (casadas 66.7% y unión libre 16.7%) y 16.7% son solteras. En base al grado de estudios predominaron las mujeres con un grado de primaria (41.7%) seguido por las que cuentan con secundaria (25%) y posteriormente las mujeres que no tienen educación o que sólo cuentan con kínder (16.7%). Además, se encontró que el 75% de las mujeres no tiene trabajo se dedican al hogar y el 58.3% son migrantes principalmente procedentes de Tamaulipas (16.7%), Zacatecas (16.7%), Veracruz (16.7%) y San Luis Potosí (8.3%).

### *Percepción del significado de diabetes*

Para las jefas de familia de esta comunidad, la diabetes es percibida como una enfermedad crónica que no se cura, pero que puede ser controlada. Reflejan una falta de comprensión sobre este padecimiento, ya que están acostumbradas a vivir con necesidades en una zona caracterizada por una alta marginación. Esta situación las lleva a tener una visión limitada de la diabetes y no son conscientes de su impacto real. Tienden a minimizarla y compararla con enfermedades virales. Al respecto, comentan lo siguiente:

"...yo, para mí, siento que es una enfermedad que yo sé que es mala, pero que yo sé que es controlable".

"Pues, que es una enfermedad que no se quita, que siempre la voy a tener, pero que se puede controlar...".

"Es una enfermedad, como una gripe o algo así. Claro, yo sé que esta no se va a quitar nunca, ¿verdad? Porque yo lo sé. Pero es algo que se puede controlar, le digo. Ya pues, ya te acostumbras a vivir así."

### ***Inicio de la enfermedad***

Recibir un diagnóstico de salud implica un proceso emocional de asimilación para aceptar la nueva condición. Por lo tanto, las entrevistadas mencionan que, al momento de ser diagnosticadas, no esperaban la noticia. Esto se debe en parte a que no presentaban síntomas relacionados con la diabetes.

"Pues, al principio no estaba preparada. Yo pensaba que andaba bien, pues siempre salía bien. Entonces, fui a un como se dice de la salud, este, había muchos doctores, ahí (un hospital), ahí de eso que andan muy así con lo de la diabetes. Entonces ahí me hicieron el estudio iban muchas gentes entre ellas yo, voy a salir bien (pensé), nada que salí alta".

"No lo note. Me lo dijeron, nada más... Me hicieron análisis y me dijeron: "No, yo no me sentía mal".

Cuando a alguien se le diagnostica diabetes, es un impacto emocional significativo. Para algunas personas, esto puede desencadenar sentimientos de depresión y temores relacionados con la muerte, la discapacidad física y la carga económica asociada con los cuidados y el control de la enfermedad. Esto se refleja en las siguientes citas:

"Pues, lo que yo sentí... pues, sí, me empecé a deprimir, ¿verdad?, porque dije: 'Alta presión, angina de pecho y ahora diabetes'. O sea, dije: 'Esto ya es la muerte', ¿verdad?"

"Pues, como le digo, este... pues sí, me sentí triste. Todo porque, yo dije, por lo que uno mira, ¿verdad? Gente sin piernas queda y todo eso. O sea, uno se deprime..."

"Llore mucho, llegue a mi casa abracé a mi hija y le dije: "Ay miya, me dieron la dieta", le dije: "Tengo es el azúcar", le digo me dieron

la dieta... y cómo le voy a hacer, vivimos siempre humildes nosotros y le digo no tengo con que comprar verduras ni nada y le digo ¿cómo le hago para llevar mi dieta? Tengo que comer lo que comen ellos”.

Las jefas de familia mencionan tener conocimientos sobre la diabetes debido a sus experiencias con familiares que padecen la enfermedad. Por lo tanto, están al tanto de la influencia de la predisposición genética en el desarrollo de esta condición. Esto las lleva a asumir que tarde o temprano "les va a dar" la enfermedad, lo que significa que no tienen una percepción consciente de su condición actual. No relacionan el desarrollo de la enfermedad con otros factores, como los hábitos alimenticios u otras prácticas relacionadas con los estilos de vida. Simplemente lo conciben como algo hereditario, como lo expresan las siguientes entrevistadas:

"Pues, este, más que nada, mis padres son diabéticos. Pues ya sabes que es hereditario, este. Aparte, pues me checaron, como se dice, me hicieron el examen y salió... salí alta de azúcar."

"Pues, no. Ya te haces a la idea de que va a ser así, por tus padres que lo tienen y pues que es hereditario. Que tarde o temprano te tiene que dar."

Otro dato interesante y preocupante al mismo tiempo es que las personas declaran no haber sentido síntomas, lo que lleva a creer que la diabetes es una enfermedad de fácil manejo. Al respecto, comentan:

"Te soy sincera, yo hasta ahorita, ni en 7 años, yo nunca he sabido que es un síntoma de diabetes, yo nunca me he sentido mal ni nada".

"No, si de hecho sé que síntomas tiene la diabetes, pero no los tuve".

"Para mí fue mucho más fácil porque yo no tengo síntomas. Una persona que no tenga síntomas, pues no sabes que tienes una enfermedad, o sea, haz de cuenta que para mí es normal".

Otro factor en el desarrollo de la enfermedad, además de la actividad física y los hábitos de alimentación, es la exposición a factores emocionales

y psicológicos. Por lo tanto, las personas relacionan las causas de su padecimiento a este factor emocional. Atribuyen el inicio de la enfermedad a eventos familiares que provocaron estrés o disgustos. Al respecto, comentan:

"Tuve unos problemillas muy fuertes, ¿verdad? Y yo creo que a raíz de eso me diagnosticaron azúcar..."

"El estrés, el estrés más que nada, porque pues yo siento que esto fue a consecuencia de un disgusto que tuve con uno de mis nietos. Y en esos días, o sea, hacía como tres meses que me había hecho un análisis y no traía nada. Y cuando me hicieron el siguiente examen, ya traía el azúcar elevada".

"...y también por muchos problemas no tenía buena alimentación. O sea, como mi esposo no me daba dinero, yo para que mis hijos comieran, yo no comía. Para que ellos comieran, y se me disparó la azúcar a 500 por eso. Y tenía muchos problemas con él".

### ***Tratamiento***

Un aspecto crucial en el manejo de la diabetes es el tratamiento, el cual influye en la evolución del estado de salud de las personas afectadas. En esta comunidad, la percepción que tienen sobre el tratamiento refleja su conocimiento y experiencia respecto a la diabetes, influenciados por el entorno en el que viven y luchan. Estos factores contribuyen a reproducir y desdibujar sus percepciones hacia el padecimiento.

Algunas de las entrevistadas mencionan no sentirse beneficiadas por tomar el medicamento y tienen concepciones erróneas al respecto. Por esta razón, optan por tratamientos alternativos para controlar la enfermedad. Además, el aspecto económico juega un papel importante, ya que les impide tener un seguimiento adecuado del tratamiento y cumplir con él, como se observa en las siguientes citas:

"Si yo no me las tomo, yo me siento igual. Para mí, yo no tengo ningún beneficio en tomarme las pastillas..." "o sea, que si uno no lleva las cosas como deben de ser (tratamiento), es la muerte". "Pura

pastillitas y hierbitas que yo busco por ahí y me las tomo. A él (Doctor) no le digo que tomo las hierbitas (risas). Eso sí, me lo callo. Yo me las tomo es porque yo me siento bien".

Otra creencia destacada entre las entrevistadas es que su estilo de vida no está relacionado con la enfermedad, y su actitud hacia su salud está influenciada por la espiritualidad. Relacionan el hecho de tener diabetes con una disposición divina y, en consecuencia, atribuyen la evolución de la enfermedad a sus creencias en lugar de a las formas de cumplir con las indicaciones o tratamientos médicos. Esto se expresa en las siguientes citas:

"Yo ya me pongo la insulina, pero si tú te pones a pensar en la enfermedad, sola te vas para abajo. O sea, que tienes que echarle ganas y hasta que Diosito nos deje, qué más le hacemos." (...)

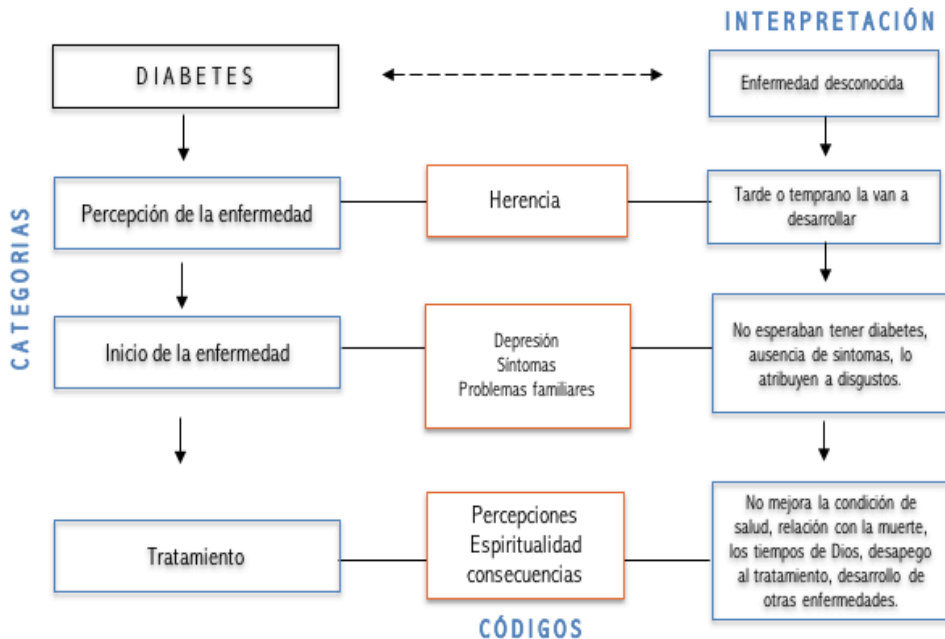
"Me dicen que no coma de todo... Yo sé que yo no me cuido, ¿eh? Volvemos a lo mismo. Ya cuando Dios te quiera llevar, te va a llevar. Por más que te cuides, te va a llevar. Aquí tenemos un día y una fecha para que nos vayamos".

Como resultado de cómo estas mujeres experimentan y entienden la enfermedad, refieren presentar otros problemas de salud que están relacionados con la diabetes. Esta situación se refleja en los siguientes fragmentos:

"Pues ahorita de mi ojo, me está fallando la vista"

"me duele mi cintura por los riñones, me siento desganada por la diabetes y tengo que andar a fuerzas"

**Figura 1.** Esquema de la percepción del significado de diabetes.



Fuente: Entrevistas cualitativas, elaboración propia.

## La percepción en relación con la obesidad y diabetes

Hace unas décadas, el sobrepeso y la obesidad no se consideraban factores de riesgo para la salud. Sin embargo, en la actualidad, los estilos de vida han cambiado en todos los estratos sociales. En una comunidad expuesta por su alta vulnerabilidad, se reflejan las percepciones bioculturales respecto a estos problemas de salud. Existe una subestimación del exceso de peso, lo que desempeña un papel importante en el control y la autopercepción de la diabetes. Al respecto, las entrevistadas expresan:

"Nada más porque dicen que yo tengo diabetes por la obesidad. La mayoría dice eso, que tengo obesidad y por eso tengo diabetes..."

"Me dicen que tengo que bajar de peso, me regañan mucho... Cuidarse, que no coman mucho porque engorda, ¿verdad? y luego viene la diabetes. Yo no estaba gorda, estaba llenita".

Existen factores relacionados con el control de la enfermedad y los problemas de peso, y uno de ellos es la alimentación. Este estudio encontró que las mujeres son conscientes de que lo que consumen ha contribuido al desarrollo de la diabetes. Sin embargo, no tienen claridad sobre lo que constituye una alimentación saludable. Al respecto, expresan:

"Pues sí, yo creo la base de todo fue la alimentación... yo atribuí a eso ¿verdad? Fue la alimentación, es la base de la diabetes" (...)  
"Este como de todo como de todo, o sea, no tengo una comida especialmente para la azúcar no, o sea, como de todo..."

"Pues yo digo que, o sea, es lo mismo (la alimentación), solo que en menos cantidades".

### ***Emociones***

Por otro lado, las cuestiones emocionales también desempeñan un papel importante. Las entrevistadas están inmersas en un entorno donde prevalecen establecimientos de comida, mercaditos y tiendas, y actualmente, el acceso cada vez más fácil a comidas rápidas. Además, la falta de educación alimenticia en la familia y la comunidad contribuye a una afectación emocional en las personas con problemas de salud como la diabetes.

Para ellas, la prohibición de alimentos altos en carbohidratos resulta en una experiencia de comer sin disfrutar o con miedo de lo que consumen. Sienten que los cambios que deben hacer son negativos y anhelan volver a su alimentación anterior a la enfermedad. Esto se expresa en la siguiente cita:

"No como bien porque no me siento a gusto; digas: "vas a disfrutarlo, a comer bastante", vaya como mi muchacha ¿verdad? se sirve el plato lleno, y pues yo no ¿verdad? Porque, pues, haz de cuenta por la diabetes ¿verdad?, pero este, eso es lo que a mí no me

gusta tienes que limitarte tienes que restringirte de disfrutar la comida".

### ***Economía***

Respecto a la situación económica, la mayoría de las entrevistadas coincidieron en que comen lo que está a su alcance. Aunque expresen el deseo de comprar alimentos saludables recomendados y llevar una alimentación más saludable o apegarse a una dieta, se limitan a sus posibilidades. Esto se observa en las siguientes citas:

"Sí, pues dejo de comer muchas cosas, pues, como quien dice, casi todas ¿no?. Pero igual como, ¿verdad? No me puedo quedar sin comer, aunque me digan "no comas eso", pero es lo que hay, lo tengo que comer"

"pues, a veces si se puede hacer (dieta) y a veces no. Sí porque a veces no hay dinero para... pues, para comprar lo que se ocupa"

### ***Familia***

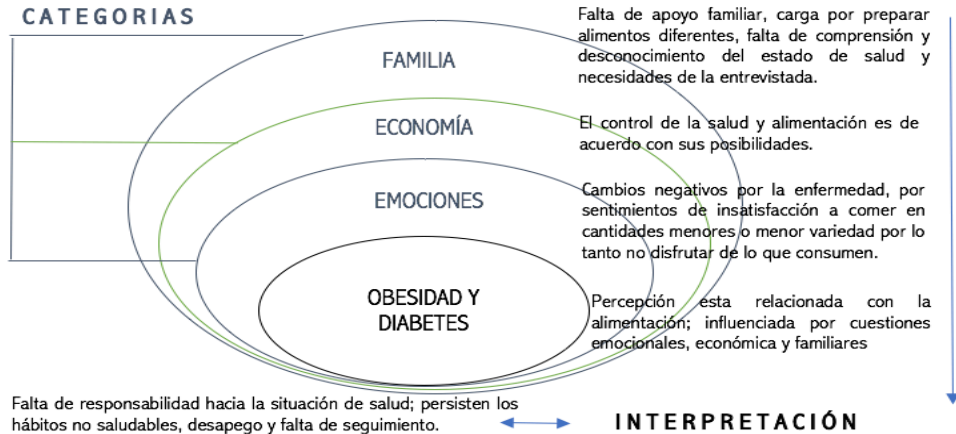
Por último, la influencia familiar es conocida por su capacidad para brindar apoyo positivo ante la adversidad, especialmente el apoyo de la familia. Sin embargo, en este estudio se encontró que las entrevistadas no cuentan con la empatía de la familia ante su situación de salud. Para ellas, resulta más difícil realizar cambios en la alimentación debido a la carga emocional y los gastos económicos que implica preparar comidas diferentes para los miembros de la familia. Al respecto, mencionan:

"Pues sí, cambia, porque cambia la alimentación en todos los aspectos, ¿verdad? Ya es una forma de alimentación diferente y pues en eso también uno, aquí en la casa, si uno no tiene apoyo de nadie, a uno se le hace bien difícil esa alimentación, porque si tú preparas verduras, pero eso la familia no se la quiere comer..."

"A veces es difícil, sí, porque ellos (la familia) traen la coca, la ponen en la mesa y ve uno y uno quiere agarrar también coca."

"Sí, es pesadito, ¿verdad? Pues a veces tiene, y como para hacer comida para una familia, para una, por decir, como yo, para hacer para los niños, para mi esposo una comida y para mí otra, no se puede."

**Figura 2.** Esquema de la percepción en relación con la obesidad y diabetes.



Fuente: Entrevistas cualitativas, elaboración propia.

## Discusión

Los resultados de la investigación fenomenológica desarrollada en este estudio proporcionan una comprensión profunda de cómo experimenta esta comunidad la obesidad y la diabetes. Se encontró que las entrevistadas desconocen el significado de la diabetes, lo cual se refleja en sus comportamientos y actitudes hacia la enfermedad. Hallazgos similares fueron descritos por García et al. (2017), quienes encontraron que la diabetes es una enfermedad que la gente no conocía, y que solo la comprendían como tal cuando el médico explicaba que los signos y síntomas eran consecuencia de esta enfermedad llamada diabetes.

De acuerdo con el estudio realizado por Frank y Durden (2017) reveló una creencia común de que la diabetes se desencadena por un evento de vida

estresante o traumático, conocido como un "caso de susto", a menudo relacionado con crisis familiares. Del mismo modo, las entrevistadas en este estudio atribuyeron principalmente el desarrollo de la enfermedad a disgustos o problemas familiares.

Piñón et al. (2015) señalan en su estudio uno de los principales problemas relacionados con la diabetes tipo 2: la identificación de los primeros síntomas. Muchas veces, los pacientes se enteran del diagnóstico años después de haber desarrollado la enfermedad. En concordancia con este autor, las entrevistadas desconocían los signos y síntomas de la diabetes, a pesar de ya tener el diagnóstico, lo que para ellas era considerado normal.

La percepción de las entrevistadas sobre la obesidad y la diabetes está estrechamente relacionada con la alimentación, pero este factor se ve influenciado por la enfermedad, cuestiones emocionales, económicas, la influencia familiar y la pérdida de su cultura de origen. Como consecuencia, persisten los hábitos no saludables, el desapego a los tratamientos y la falta de seguimiento. Montesí (2017) explica que entre los indígenas ikojts en Oaxaca, la vulnerabilidad a la diabetes se percibe como un síntoma de la pérdida cultural debido a profundos cambios socioeconómicos, alimentarios y ambientales que han ocurrido en estas comunidades en la segunda mitad del siglo pasado. La pertenencia étnica influye en la experiencia de la enfermedad, los recursos de cuidado disponibles, la atención médica y los obstáculos para acceder equitativamente a la salud.

## Conclusiones

La percepción que las entrevistadas tienen en relación con la obesidad y la diabetes está fuertemente influenciada por la alimentación. Este factor se ve afectado por la enfermedad, cuestiones emocionales, económicas y la influencia familiar. Como consecuencia, persisten los hábitos no saludables, el desapego a la dieta y la falta de seguimiento en el manejo de la enfermedad.

Diversos estudios han documentado el problema de salud que representa la Diabetes Mellitus, también hay suficiente evidencia sobre las causas y factores de riesgo que están presentes en el desarrollo de la

enfermedad, principalmente consecuencia de las conductas en los estilos de vida. Sin embargo, existen pocas propuestas a gran escala desde las Ciencias Sociales que se centren en presentar nuevos abordajes y/o modelos de intervención a nivel familiar que contribuyan a la contención, control y limitación de esta enfermedad.

Por ello, se propone que a partir de los resultados de esta investigación, Trabajo Social desarrolle una intervención cognitivo-conductual que se enfoque no solo a impactar en la salud del paciente, sino a que las conductas, pensamientos, creencias que lo llevaron a desarrollar la enfermedad y que le siguen impidiendo tener un control de la misma se modifiquen, no solo durante el proceso de la intervención, sino lograr un empoderamiento en el paciente para que adopte un nuevo estilo de vida saludable con mayor conciencia y responsabilidad sobre su salud. Además, al lograr este impacto en el paciente, se pretende que durante la intervención se reflejen las mismas conductas, pensamientos y creencias adecuadas en la red de apoyo familiar del paciente y por lo tanto contribuir en la prevención del desarrollo de la enfermedad a nivel familiar, entonces con estas intervenciones sociales se contribuye en la transformación de la salud del individuo y su familia.

## Referencias

- Abalo, JA. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales//Chronic non-communicable diseases (CNCDS): A study from the psychosocial factors. *Salud & Sociedad, Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología social*, 7(2), 138–166.
- Alarcón, I. V., & Gutiérrez, M. D. C. J. (2020). *México: las enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus e hipertensión) y la vulnerabilidad ante el COVID-19*. Instituto de Investigaciones Geográficas.
- Alegre-Díaz, J., Herrington, W., López-Cervantes, M., Gnatiuc, L., Ramírez, R., et al. (2016). Diabetes and Cause-Specific Mortality in Mexico City. *New England Journal of Medicine*. 375(20), 1961-1971.

- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A. & Molina-Ayala, MA. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Carrasco, N., & Galgani, F. (2012). Etiopatogenia de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 129-135. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70289-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70289-4).
- Cervera, S. B., Campos-Nonato, I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención*. Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, AC, 146, 397-407.
- Córdova, JA., Lee, GM., Hernández, M., Aguilar, A., Barriguete, JA., Kuri, P., Lara, A., Álvarez, CH., Molina, V., Barquera, S., Rosas, M. & González, A. (2009). Plan de Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista Mexicana de Cardiología*, 20(1), 42-45.
- Creswell, J.W. (2009). *Research designs. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3rd Ed.) London: Sage
- Frank, S. M., & Durden, T. E. (2017). Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatán, Mexico. *Social Science & Medicine*, 172, 64-71.
- Fonseca, E. S., Rosas, E. R. P., Galván, I. J., Naranjo, A. C., Hernández, J. C. J., & de León, H. G. M. (2017). *Mitos y creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México*. *Archivos en Medicina Familiar*, 20(1), 15-21.
- García-Serrano, V., Crocker-Sagastume, R., & de Alba, J. G. (2017). Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. *Revista Chilena de Antropología*, (35).
- González Cantero, J. O., & Oropeza Tena, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud mental*, 39(2), 99-105.
- Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L. Gómez, N., Villalpando, S et al. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. Informe Final de Resultados. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Husserl, E. *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Libro Primero. Introducción general a la fenomenología pura. México: Fondo de Cultura Económica.
- Med, N. C., Gutiérrez, A. P., de Lara Rodríguez, I., & Cruz, M. Á. M. (2020). La COVID-19 en el paciente con diabetes y/o con obesidad. *Nutrición Clínica*, 14(1), 43-50.
- Medina-Chávez, J. H., Colín-Luna, J. I., Mendoza-Martínez, P., Santoyo-Gómez, D. L., & Cruz-Aranda, J. E. (2020). Recomendaciones para el manejo del paciente con hiperglucemia o diabetes mellitus y COVID-19. *Medicina Interna de México*, 36(3), 344-356.
- Mendieta-Izquierdo, G. & Ramírez-Rodríguez, J. C. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443.
- Montesi, L. (2017). La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 46-76.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010).
- Organización Mundial de la Salud OMS (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>.
- Organización Mundial de la Salud OMS, (2017). *Diabetes. Nota descriptiva*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Piñón, S.L., Juárez, C., & Reartes, D. (2015). Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*. Segunda época. 9:17.
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de

- diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud pública de México*, 60, 224-232.
- Russo, M. P., Grande-Ratti, M. F., Burgos, M. A., Molaro, A. A., & Bonella, M. B. (2023). *Prevalence of diabetes, epidemiological characteristics and vascular complications. Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares*. *Archivos de cardiología de México*, 93(1), 30–36. <https://doi.org/10.24875/ACM.21000410>
- Sánchez-Cruz, J. F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S. G., & Yáñez-González, R. M. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención familiar*, 23(2), 43-47.
- Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sibaja Quesada, G. (2012). La entrevista: cuestionario abierto, historia de vida y fotografía, En: Abarca Rodríguez, et al., *Técnicas cualitativas de investigación*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, p.p.: 99-127.