

Investigación empírica y análisis teórico

SALUD FAMILIAR Y RUTINAS DE AUTOCUIDADO EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

FAMILY HEALTH AND SELF-CARE ROUTINES IN FAMILIES WITH A MEMBER WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Mercado-Solís, Cynthia Melissa¹; García-Cadena, Cirilo Humberto²; Sánchez Carballo,
Alfredo³ y Alvarado-Reséndiz, Rosa María⁴

Resumen:

El objetivo de esta investigación fue identificar y analizar las rutinas de autocuidado de la salud familiar entre los integrantes de grupos familiares con un miembro con diabetes mellitus tipo (DM2). El diseño metodológico fue de tipo cualitativo, alcance descriptivo, transversal. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario y entrevistas semiestructuradas que se aplicaron a grupos focales virtuales. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 18 personas distribuidas en tres grupos focales virtuales, conformados por un familiar adulto de un paciente con DM2, residentes de Nuevo León o Tamaulipas. Se analizaron las narrativas de los participantes a partir de las subcategorías de rutinas de autocuidado, las cuales son dieta/comidas y ejercicio/actividad física. En conclusión, las rutinas de autocuidado en la salud familiar e individual basadas en la dieta y comidas, así como en el ejercicio y actividad física son fundamentales cuando se trata de apoyar a los miembros que padecen DM2.

Abstract:

The aim of this research was to identify and analyze family health self-care routines among members of family groups with a member with type 2 diabetes mellitus (T2DM). The methodological design was qualitative, descriptive, cross-sectional. The instruments used were a questionnaire and semi-structured interviews that were applied to virtual focus groups. Semi-structured interviews were conducted with 18 people distributed in three virtual focus groups, made up of an adult relative of a patient with T2DM, residents of Nuevo León or Tamaulipas. The narratives of the participants were analyzed from the subcategories of self-care routines, which are diet / meals and exercise / physical activity. In conclusion, self-care routines in family and individual health based on diet and meals, as well as exercise and physical activity are essential when it comes to supporting members with T2DM.

Palabras Clave: *Salud familiar, diabetes mellitus tipo 2, rutinas de autocuidado, dieta, actividad física.*

Keywords: *Family health, type 2 diabetes mellitus, self-care routines, diet, physical activity.*

¹Máster en Ciencias con Especialidad en Psicología Clínica. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

²Doctor en Filosofía con especialidad en Política Social. The University of Texas at Arlington (UTA, USA).

³Doctor en Investigación en Ciencias Sociales con mención en Sociología. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) sede México.

⁴Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

*Correspondencia: mesc@hotmail.com

Licencia de esta obra:



La Diabetes Mellitus (DM) es definida por la Asociación Americana de Diabetes [ADA] (2014), como “un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o de forma combinada; asociada a fracaso, disfunción y daños a largo plazo en diferentes órganos, especialmente ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos”. En su forma tipo 2 (DM2), representa el 90-95% del total de los casos a nivel mundial, produciéndose un trastorno metabólico como consecuencia de un déficit en la producción de insulina o un aumento en la resistencia insulínica. En cualquiera de los dos casos, el curso de la DM2 está ampliamente relacionado con los estilos de vida que predominan en la sociedad y en los núcleos familiares. Estos se caracterizan principalmente por el sedentarismo, el consumo de grandes cantidades de grasas saturadas y carbohidratos simples, así como una rutina diaria estresante, lo que dificulta el desarrollo de hábitos de vida saludables (Hu, 2011).

La DM es una de las cuatro enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia mundial, proyectándose que para el 2035 unos 592 millones de personas (uno de cada 10 adultos), tendrán diabetes (Federación Internacional de Diabetes, 2020). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2018 reportó 411.85 casos por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2018). Además, la DM es la segunda causa de mortalidad en México (15.4%) solo por debajo de enfermedades cardíacas (19.9%) (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2020). Por lo tanto, esta condición despierta gran preocupación para los organismos de salud internacionales y en México, debido a los problemas relativos con la salud, los altos costos económicos y

dificultades sociales que la DM genera (Torres et al., 2015).

Calderón et al. (2018), haciendo referencia a los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), mencionan que México ocupa el primer lugar en prevalencia de DM. A partir de esta comparativa, México ha tenido que adaptar, diseñar e implementar políticas públicas y planes específicos de salud para atender la expansión de la DM. Asimismo, se debe tener en cuenta lo que representa para el gobierno federal el gasto público asignado para atender una enfermedad crónica de este tipo¹. A nivel nacional, las entidades con porcentajes de DM más altos son: Campeche (14%), Tamaulipas e Hidalgo (12.8%), Ciudad de México (12.7%) y Nuevo León (12.6%). La Dirección General de Epidemiología (2018) del gobierno de México reporta que, en el 2018, 16 estados de la República Mexicana presentaron un incremento en la incidencia de la DM2, siendo estos: Colima, Tlaxcala, Nayarit, Quintana Roo, Nuevo León, Tamaulipas, Baja California, Yucatán, Sonora y Oaxaca, destacándose el incremento en el estado de Colima con más del 45% y Tlaxcala, Nayarit, Quintana Roo y Nuevo León superando el 20% (INEGI 2018).

Además, se identificó que en el estado de Nuevo León la DM2 se encuentra dentro de las 20 principales causas de enfermedad con un aproximado de 20 550 casos, abarcando el 80% en personas mayores de 20 años y siendo el grupo de edad de más prevalencia entre los 50 y 59 años (FMD, 2020). En Tamaulipas, según reportes del año del 2019, sumaban 19 227 casos diagnosticados (Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2020). Se precisa que hasta la semana 43 del año 2020 en Tamaulipas se registraron 2 133

¹Para el año 2016, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto para la Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, invirtieron alrededor de 95 000 millones de pesos para el tratamiento de enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, la hipertensión y el cáncer (Macías y Villarreal, 2018).

muerres a consecuencia de la DM2, superando esta cantidad a la del 2019. Este aumento es explicado por la existencia de una alta comorbilidad con la infección por el virus de SARS-COV2 (COVID-19) (Gobierno de Tamaulipas, 2020).

En cuanto al contexto mexicano, se ha encontrado que la familia, como unidad fundamental de la sociedad, representa un papel relevante para el mantenimiento de la salud de sus miembros. Por lo tanto, la salud individual y familiar están interconectadas, cualquier alteración en el funcionamiento de éstas, puede desencadenar una disfuncionalidad con efecto circular. Por lo que, un estilo de vida familiar no saludable podría enfermar a sus miembros (Martínez-Bonilla et al., 2017). Lo anterior nos lleva a establecer que los padecimientos crónico-metabólicos como la DM2 se desarrollan bajo la influencia de la percepción de salud del contexto familiar que a su vez tienen implicaciones a nivel social (Jiménez-Corona et al., 2013).

Las intervenciones de los miembros de la familia que ayudan a desarrollar acciones y planes para apoyar el cuidado personal de los pacientes y capacitarlos para que se comuniquen de manera productiva sobre la administración de la DM2 comprueban ser útiles en la autogestión de la enfermedad; sin embargo, si los mismos, no están educados y no reconocen las conductas que obstruyen la evolución de la enfermedad, el involucramiento resulta en la mayoría de las ocasiones negativo (Satterwhite et al., 2016).

Por ello, es fundamental contemplar a los comportamientos de salud como primordiales en la prevención, tratamiento y vigilancia de este padecimiento crónico (Gutiérrez-Mata et al., 2017). Varios estudios han llegado a concluir que la familia provee apoyos significativos cuando se trata de rutinas de cuidado de la salud en pacientes con DM2, no solo en México, sino a nivel global

(Mayberry y Osborn, 2012; Pamungkas et al., 2017; Reynoso-Vázquez et al., 2020)

De lo anterior deviene una cuestión medular: la salud familiar, que está situada como un procedimiento en el que se involucran todos los miembros de una unidad familiar, entendiéndose ésta como un sistema contextual complejo (Denham, 2002a). A su vez, la salud individual está contenida en la salud familiar y mantienen una relación recíproca, es decir, si la salud familiar es adecuada, por ende, la salud individual tenderá a ser un reflejo de la primera.

Entonces, si la familia es entendida como un conjunto de integrantes que interactúan a partir de las relaciones emocionales y consanguíneas, a través de las cuales se desarrollan patrones de comportamiento e interacción (Minuchin et al., 1996), este artículo tuvo por objetivo identificar y analizar las rutinas de autocuidado (dieta y comidas, actividad física y ejercicio) en relación a la salud familiar que llevan a cabo los integrantes de familias que tienen al menos un paciente con DM2, todo ello con la intención de comprender cuáles son las interacciones y comportamientos que tienen relación entre salud familiar y salud individual.

La salud familiar se ha estudiado desde diversas perspectivas y a partir de la contribución multidisciplinar. Puede ser entendida como la salud de los miembros en términos de funcionamiento familiar efectivo (dinámica interna, cumplimiento de funciones y adaptación al cambio) (Lima et al, 2012).

Lima et al., (2012) insisten en que la salud familiar está compuesta por varias dimensiones, entre las que destacan el clima social familiar descrito como el ambiente interno que generan los miembros de la unidad, integridad familiar que es el grado de unión entre los miembros, funcionamiento familiar orientado a la satisfacción de necesidades de los miembros durante la transición entre las

diferentes etapas de su desarrollo, realización de rutinas familiares, mantenimiento de un entorno seguro y protector, adaptación a los cambios en el ciclo vital familiar la resistencia familiar explicado como mecanismo de defensa que tiene la familia para hacer frente a las situaciones adversas, y el afrontamiento familiar representa el modo de enfrentarse a la aparición de acontecimientos estresantes.

En una familia saludable prima el bien común y el apoyo mutuo. Sus miembros pasan tiempo juntos y se identifican en aspectos como gustos, costumbres y recursos. “Una familia sana es vibrante, tiene un sentido de estabilidad, brinda acceso a los apoyos necesarios, proporciona apoyo emocional a sus miembros y equilibra las necesidades individuales con las de la unidad familiar” (Denham et al, 2016).

Las prácticas de prevención de enfermedades y el afrontamiento familiar pueden ser favorable o perjudiciales, según sea el caso, a la salud individual de sus miembros. De allí que para este trabajo de investigación se considere como relevante la salud familiar cuando alguno de sus integrantes presenta DM2.

Por otro lado, el apoyo que reciben las personas que padecen DM2 es de suma importancia para el mantenimiento de su salud, sobre todo cuando esa ayuda proviene y se genera en las rutinas del entorno familiar. De tal manera que, el Modelo de Salud Familiar (MSF) propuesto por Denham (2003b) es un corpus teórico y conceptual que propone que la salud familiar responde a un proceso de construcción social, cuyos insumos proceden del contexto, función y estructura familiar. Los postulados del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1986) son la influencia fundamental del MSF, ya que éste asocia a las variables de salud familiar con aspectos del desarrollo humano que acontecen en corres-

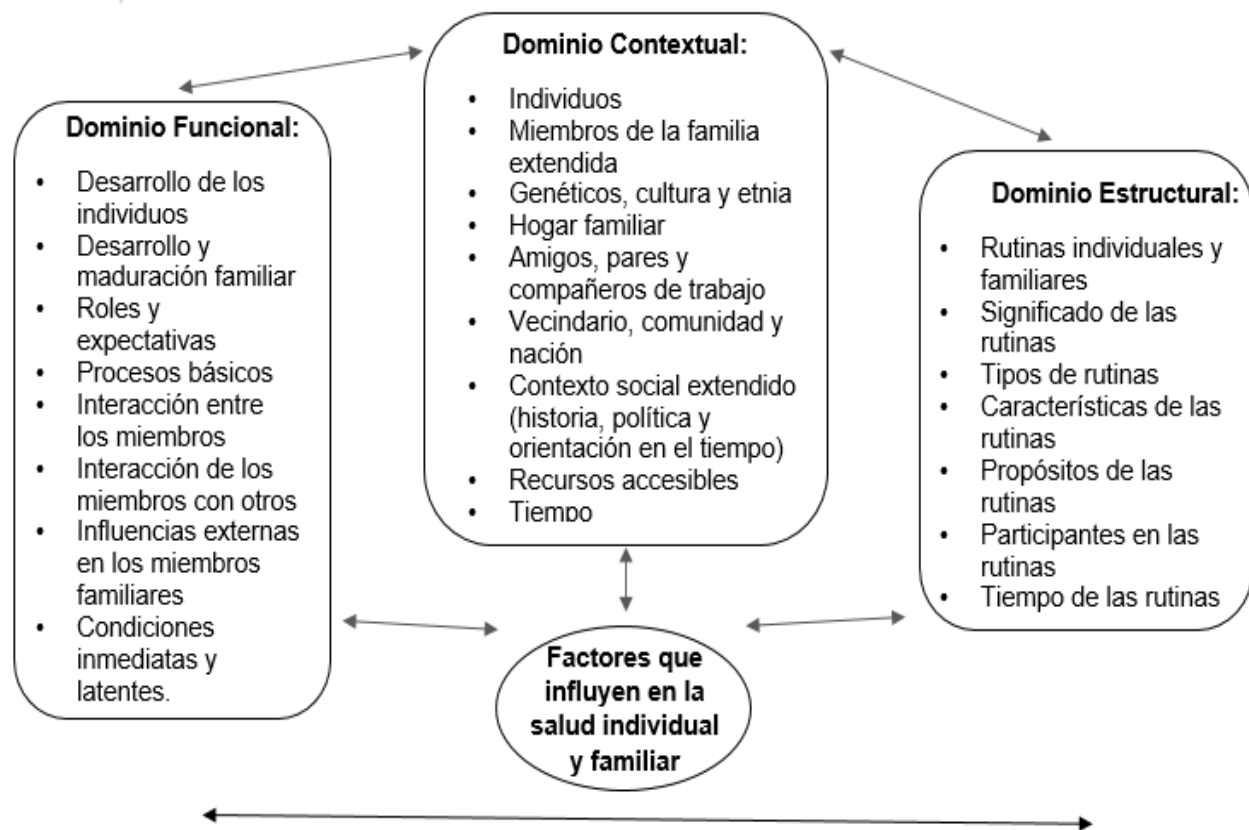
pondencia con el individuo, el entorno y el tiempo.

Diversos especialistas y estudios han sustentado sus investigaciones en el MSF de Denham (2003) y han concluido que el construir fuertes lazos familiares y usar información de riesgo que sea relevante para todos los miembros de la familia, y no solamente para el paciente, puede aumentar el resultado de los programas de atención y es una vía valiosa para la propuesta de posteriores proyectos en salud pública (Trief et al., 2006; August y Sorkin, 2010). De Heer et al, 2016 encontraron que la educación en diabetes a los miembros familiares puede ayudar al paciente a presentar estilos de vida saludables, mostrando autocontrol en el manejo de la enfermedad, disminución de la tensión y la angustia, rutinas de ejercicio y realización de recetas sanas. Vongmany et al. (2018), mencionan que en el manejo de la diabetes es esencial el abordaje de los comportamientos familiares facilitadores como asociaciones de atención positiva, vigilancia familiar, familias como motivador extrínseco e independencia de la familia.

El MSF (Denham et al, 2016) explica la dimensión de salud familiar como un concepto complejo abstracto bajo la interacción de cuatro dominios: 1) Construcción Social, 2) Contextual, 3) Funcional y 4) Estructural. A su vez cada uno de ellos contiene categorías que permiten analizar la salud familiar.

Para nuestro caso, solo se ha considerado el dominio designado como “Estructural”. El componente estructural aborda las rutinas de salud que la familia practica como pautas de conducta dinámicas, a las cuales los integrantes se adhieren con frecuencia en el hogar a lo largo de la vida. Dentro de este dominio se encuentran 6 categorías que son: 1) Rutinas de Autocuidado; 2) Rutinas de seguridad y prevención; 3) Conductas de salud mental;

Figura 1. Factores que influyen en la salud individual y familiar. Denham, et al. (2016), , p.34



4) Rutinas de cuidado de la familia; 5) Rutinas de cuidado de la enfermedad; 6) Rutinas de apoyo familiar otorgado (Denham, 2002b). En este estudio se discute particularmente la categoría de Rutinas de Autocuidado, las cuales implican aquellas conductas adquiridas asociadas con actividades diarias que se experimentan durante la vida. Contiene 6 subcategorías que permiten evaluar las rutinas de salud dentro del contexto familiar: 1) Dieta y comidas; 2) Sueño y descanso; 3) Cuidado de la higiene; 4) Ejercicio y Actividad física; 5) Sexualidad (Denham, 2003a).² Para este artículo solo se presentan y analizan las respuestas de las subcategorías 1 y 4, Dieta y comidas y ejercicio y actividad física, respectivamente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las entrevistas con los grupos focales, se observa un porcentaje alto de menciones en la categoría de *Prácticas Alimentarias* (73%), dándose importancia similar entre los tres grupos focales. Por lo que, las familias que viven con una persona que presenta DM2 priman las rutinas de alimentación sobre otros hábitos de autocuidado. Ellos perciben que la salud de la familia radica en mantener horarios de alimentación, ingerir comida saludable, mantener un equilibrio en los alimentos consumidos y ser estables a lo largo del tiempo con estas prácticas. Esto coincide con los hallazgos en otros estudios en donde se menciona que la alimentación y actividad física, para las personas que padecen DM2, son fac-

²Las categorías fueron tomadas de la *Escala de rutinas de Salud Familiar* (TFHR, por sus siglas en inglés) fue diseñada por Kanjanawetang et al. (2009). Se validó en población Tailandesa y está fundamentada en la dimensión estructural del Modelo de Salud Familiar de Denham (2003).

tores que coadyuvan a la regulación de niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) (Savoca et al., 2004; Marcy et al., 2011).

Finalmente, los dominios, dimensiones, categorías y subcategorías del MSF con sus adaptaciones buscan comprender si las creencias, actitudes y percepciones expresadas a través de la conducta cuando uno de sus integrantes está próximo a enfermar o ya se encuentra en esa situación, son producto de los procesos que se dan dentro de la familia y de carácter relacionales cotidianos, continuos y dinámicos (Denham et al, 2016, p. 34).

Método

Diseño

El diseño para este estudio es de tipo cualitativo y de alcance descriptivo. Se realizó con una sola observación en el tiempo, es decir, fue un estudio de tipo transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

Se incluyeron a los familiares adultos (hombre o mujer), de un paciente con DM2. Cada uno de los participantes debía contar con acceso a internet, dispositivo electrónico con cámara y micrófono, así como poseer cuentas en redes sociales o correo electrónico. Estos requisitos fueron necesarios toda vez que se llevaron a cabo grupos focales virtuales, ya que no se podía contar presencialmente con los participantes debido a las restricciones por la pandemia del SARS-COV2 (COVID19).

Asimismo, el integrante de la familia con DM2 debía ser mayor de edad, completar su tratamiento de manera ambulatoria y residir en los estados de Nuevo León o Tamaulipas cohabitando con el familiar que participó en el grupo focal virtual.

Muestra

La muestra fue elegida por conveniencia a

través del cuestionario de Características Familiares en la DM2 en formato electrónico (Microsoft Forms). Este instrumento se diseñó a propósito de esta investigación, el cual fue enviado a través de correo electrónico o redes sociales para su respuesta. De 303 cuestionarios, solo 72 de ellos (23.8 %) cumplieron con los criterios de inclusión. Del total de cuestionarios electrónicos respondidos, 18 personas accedieron a participar en los grupos focales virtuales.

Los 18 participantes fueron distribuidos en tres grupos de la siguiente manera: el grupo 1 estuvo compuesto por ocho personas ($n = 8$), siete mujeres (seis de Tamaulipas y una de Nuevo León) y un hombre (Nuevo León). El grupo 2 estuvo integrado por cinco personas ($n = 5$), cuatro mujeres (Tamaulipas) y un hombre (Nuevo León). El grupo 3 estuvo integrado por cinco participantes ($n = 5$), cuatro mujeres (tres de Tamaulipas y una de Nuevo León) y un hombre (Tamaulipas).

Instrumentos

En un primer momento se llevó a cabo una revisión de la literatura utilizando palabras relacionadas con las diferentes variables de estudio, como lo son: salud familiar, estilos de vida saludables, rutinas de autocuidado, modelo de salud familiar, diabetes mellitus tipo 2 y grupos focales.

Para obtener la información de interés se aplicó un cuestionario para conocer las características familiares en la DM2 y una entrevista semiestructurada. Ambos fueron diseñados exprofeso para esta investigación.

El objetivo del cuestionario de características familiares en la DM2 fue recopilar información sociodemográfica, para saber las propiedades que conforman a la familia del paciente con DM2, con 18 reactivos distribuidos en tres áreas: personal, familiar y salud.

El segundo instrumento utilizado fue una entrevista semi estructurada basada en el

dominio Estructural del Modelo de Salud Familiar (Denham, 2002b). Esta herramienta posee 19 preguntas distribuidas en 7 áreas de la siguiente manera: Dimensión Salud Familiar, 2 reactivos; Sub categorías de Autocuidado, 3 reactivos, Seguridad y Prevención, 3 reactivos, Cuidado de la Salud Mental, 4 reactivos, Cuidado de la Familia, 1 reactivo, Apoyo Familiar Otorgado, 4 reactivos y Cuidado de la Enfermedad, 2 reactivos. Los reactivos de la subcategoría de Autocuidado fueron: a) ¿Cuáles son las conductas de autocuidado que realizan en su familia?, b) ¿Cómo hace su familia para ayudar a sus miembros para que sean saludables? y c) ¿Cuál es la importancia de realizar estos comportamientos de autocuidado? ¿por qué?

Procedimiento

El cuestionario de características familiares en la DM2 versión en línea, fue enviado a través de redes sociales y correo electrónico.

Se procedió a contactar a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión para la formación de los grupos focales, enviando un audio por redes sociales y una redacción escrita a través de correo electrónico con la misma información, para hacer de su conocimiento la dinámica de participación y aspectos éticos. Se formaron 3 grupos pequeños entre 5 y 8 participantes, cantidad recomendada por Escobar y Bonilla-Jiménez (2017) ya que se abordaron temas sensibles como la salud familiar, categorizando cada grupo por segmentos de edad. Los sujetos que voluntariamente decidieron participar se distribuyeron en los grupos por segmentos de edad. El grupo 1 se formó por personas con edades entre 20-36 años, el grupo 2 de 37-53 años y el grupo 3 de 54 a 70 años.

El trabajo con cada uno de los grupos focales virtuales se estableció a partir de las preguntas que se diseñaron para una entrevista

semiestructurada a profundidad a través de la plataforma “Zoom”. A los participantes se les compartieron las instrucciones, el encuadre y los aspectos éticos. El consentimiento informado fue expresado de manera verbal por cada uno de ellos. Asimismo, se les ofreció cuatro sesiones gratuitas de asesoría psicológica en salud para cualquier miembro de la familia de los participantes. Estuvieron presentes dos investigadoras expertas en área de salud, una como observadora y la otra como facilitadora.

Las categorías a partir de las cuales se llevó a cabo la dinámica de la discusión en los grupos focales fueron: Salud Familiar, Rutinas de Autocuidado, Rutinas de Seguridad y Prevención, Conducta de Salud Mental, Rutinas de Cuidado de la Familia, Rutinas de Cuidado de la Enfermedad y Rutinas de Apoyo Familiar Otorgado. La finalidad de las entrevistas grupales fue generar información que nos permitiera conocer los detalles de la salud familiar a través de las Rutinas de Autocuidado por medio de la subjetividad de los miembros de la familia de un paciente con DM2.

Cada una de las entrevistas tuvo la siguiente duración: grupo 1, dos horas; grupo 2, dos horas con treinta minutos y; el grupo 3, una hora con treinta minutos.

Se decidió concluir con la dinámica de cada grupo en el momento en que se agotaron los temas a tratar y se cumplió con el propósito de la creación de los mismos.

Análisis de los datos

Con la información del cuestionario de características familiares en la diabetes mellitus tipo 2 se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS v. 24 para el análisis cuantitativo de los datos a través de estadísticos descriptivos. Para el análisis cualitativo de las entrevistas de los grupos focales virtuales

les nos apoyamos en el programa Atlas ti. v. 7. Se realizó una revisión de contenido a través de las narrativas de los participantes las cuales se codificaron bajo las subcategorías de Rutinas de Autocuidado del Modelo de Salud Familiar.

Resultados

En el estudio participaron 18 personas distribuidas en tres grupos de la siguiente manera: el grupo 1, ocho personas, siete mujeres (seis de Tamaulipas y una de Nuevo León) y un hombre (Nuevo León) con una media de edad de 24.6 (D.E. = 3.8) y una mediana de 24.5. El grupo 2, cinco personas, cuatro mujeres (Tamaulipas) y un hombre (Nuevo León) con una media de edad de 43 (D.E. = 5.6) y una mediana de 43. El grupo 3, cinco personas, cuatro mujeres (tres de Tamaulipas y una de Nuevo León) y un hombre (Tamaulipas) con

una media de 62.4 (D.E. = 5.1) y una mediana de 63. La media de años estudiados es de 17.2, lo cual indica que la mayoría concluyeron sus estudios universitarios. Un 44.4% tenían trabajo retribuido y 22.2% eran amas de casa. Así como en casos equivalentes el paciente diabético es la pareja o alguno de los padres del participante (39%). En las Tabla 1 y 2 se puede observar la distribución de la muestra por grupos de acuerdo con el género y por grupos con relación al lugar de residencia, respectivamente.

La mayoría de los participantes pertenecían a familias nucleares (78%) (Tabla 3). La media en tiempo de haber recibido el diagnóstico fue de 10.8 años (D.E. = 10.4) y la media con relación al tiempo de tratamiento de la enfermedad fue de 9.0 años (D.E. = 8.2) (Tabla 4).

Tabla 1. *Distribución de la muestra de acuerdo con el sexo*

Distribución de la muestra de acuerdo con el sexo

Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
Sexo	n	%	Sexo	n	%	Sexo	n	%
F	7	38.8	F	4	22	F	4	22
M	1	5.5	M	1	5.5	M	1	5.5
						n	%	
						Total	18	100

Tabla 2. *Distribución de la muestra de acuerdo con el lugar de residencia*

Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
Residencia	n	%	Residencia	n	%	Residencia	n	%
NL	2	11	NL	1	5.5	NL	1	5.5
Tams	6	33	Tams	4	22	TAMS	4	22
						n	%	
						Total	18	100

Tabla 3. *Distribución de acuerdo con el tipo de familia*

Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
Familia	n	%	Familia	n	%	Familia	n	%
Nuclear	5	38.8	Nuclear	4	22	Nuclear	4	22
Extensa	2	5.5	Extensa	1	5.5	Extensa	1	5.5
Reconstituida	1		Reconstituida			Reconstituida		
						n	%	
						Total	18	100

Tabla 4. *Media de acuerdo con el Tiempo del Diagnóstico y el Tiempo del Tratamiento*

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
T. Diagnóstico	18	1	35	10.83	10.37
T. Tratamiento	18	1	35	9.0	8.246

Los resultados de este trabajo provienen de la interacción que se llevó a cabo con los tres grupos focales. A continuación, se presentan los resultados de las dos subcategorías más mencionadas en la entrevista con los grupos focales que forman parte de las Rutinas de Autocuidado: dieta-comidas y ejercicio-actividad física.

Dieta y Comidas

La alimentación y actividad física, para las personas que padecen DM2, son factores que coadyuvan a la regulación de niveles de hemoglobina glicosilada (también conocida como glicada o HbA1c). Varios trabajos han abordado dicha correlación entre alimentación y regulación de HbA1c (Savoca et al., 2004; Marcy et al., 2011). En ese sentido, otros hallazgos confirman que a mayores niveles de apoyo familiar percibido y mayor autoeficacia se asociaron con niveles más

altos de dieta y ejercicio cuidados personales en pacientes con DM2 (Wen et al., 2004). A partir de esto, consideramos pertinente analizar y discutir los siguientes resultados mostrando partes de las respuestas obtenidas en las entrevistas de los grupos focales virtuales.

"Pertenezco a una familia que son muy consumidores de azúcar, y es una diabetes bastante mal cuidada, no necesita ser día festivo ni fin de semana, ahorita yo creo que porque ya mi mamá es de la tercera edad le ha puesto un poco más de atención a su enfermedad, yo no tengo mucho la imagen en la cabeza de una mamá que no tomara refresco o que no comiera galletas. Mi hermano falleció por diabetes por un mal control y excesos en sus comidas, en ocasiones lo hacía a propósito" (grupo 1, mujer, 29 años).

"Busco balancear. Yo sé que, si de vez en cuando nos damos nuestros lujos y que la galleta y el panecito y el cafecito, chocolatito y todo lo demás que esté balanceada en mi

caso y en el de toda la familia" (grupo 2, mujer, 46 años).

En ambos casos, además del relajamiento de las rutinas de autocuidado en la alimentación los fines de semana, hay otros argumentos que dan cuenta de cómo las familias entrevistadas asumen su postura frente a la salud familiar. Por ejemplo, el uso de diminutivos para atenuar la rigidez de una rutina alimentaria que está reconocida como riesgosa para la salud de los enfermos de DM2: "chocolatito, cafecito, panecito". De cualquier forma, se distinguió que las familias reconocen cuáles son las conductas alimentarias que no son adecuadas para una dieta nutritiva para un paciente con DM2; a pesar de dicho reconocimiento, se encontró que no las rutinas de autocuidado en la alimentación en las familias suelen ser relajadas hasta que no perciban un riesgo mayor en el paciente con DM2.

Es importante destacar que entre las rutinas de autocuidado se encuentran las relacionadas a la alimentación. Por ejemplo, según datos de la ENSANUT (2012) Sólo 26.8% de los sujetos reconocieron haber modificado su alimentación como parte del tratamiento; el porcentaje fue menor para el ejercicio (10.3%) (Jiménez, et al., 2013, p. 140). Como puede verse, las rutinas de autocuidado estarán a su vez relacionadas a los hábitos y costumbres del entorno inmediato de las personas que padecen la DM2, en especial el entorno familiar.

Las costumbres de alimentación familiar en la cultura mexicana tienen la probabilidad de mejorar o empeorar el tratamiento y rutinas de autocuidado de personas con DM2. En el caso de las familias mexicanas, se corroboró el relajamiento para dar seguimiento a rutinas de autocuidado en relación con la alimentación cuando se llega al fin de semana (viernes, sábado e incluido el domingo). Para

muchas familias estos días representan el descanso de la jornada laboral (lunes a viernes), reuniones con amistades, festejos que se desarrollan alrededor del alimento como una forma de convivencia.

"En fines de semana es cuando menos nos cuidamos como familia, entre semana siempre se trata de llevar una buena alimentación, aguas de frutas naturales, comer más verduras, nopales, pollo, pechuga, pero nosotros aquí somos muy fan de la coca cola" (grupo 1, mujer, 25 años). Otros casos corroboran la permisividad en los días del fin de semana para optar por alimentos inadecuados para la dieta alimentaria de las familias que tienen un miembro con DM2: "Los fines de semana se pierde la comida si somos mal pasados, como un mexicano promedio, si tienes ganas de un taco vas y te los compras o unas enchiladas, pero no te vas a comer 10, no es comida en exceso". (grupo 1, hombre, 20 años). "Si tienes antojo de un alimento pues cómetelo, pero que no sea tan grave". (grupo 3, hombre de 65 años). En el caso de este último fragmento de la entrevista, el sujeto entrevistado remata su afirmación aludiendo que puede ingerir todo tipo de alimentos "pero que no sea tan grave", ¿cómo determinan los miembros de la familia si un alimento tiene o no un alto grado de "gravedad" para un paciente con DM2? Pareciera que, en este, sentido no están ponderando los riesgos y resultados del relajamiento de los hábitos dietéticos nutritivos y restrictivos.

Las personas que están 'encargadas' de preparar alimentos toman y consideran los días del fin de semana como descanso de las actividades relacionadas con la cocina y por eso prefieren comprar alimentos fuera de casa, lo que representa que las rutinas de alimentación se vean afectadas porque ingieren alimentos que no son recomendables para el autocuidado de la dieta para atender la DM2.

La interacción social a través de los alimentos no solo está relacionada con los hábitos alimenticios adecuados o inadecuados. Es decir, Las familias se reúnen no solo alrededor de alimentos nutrimentalmente adecuados, sino de comidas (botanas) que no cumplen con los estándares adecuados y recomendados para mantener a los pacientes con DM2 saludables. "El poquito tiempo que estamos juntos es ameno, no queremos discutir. A veces cenamos, dos o tres nos vamos a cenar, tratamos de hacer alguna actividad. Nos une la comida" (grupo 1, hombre, 20 años). En algunos casos, como el anterior, el entrevistado menciona "no queremos discutir", quizá estas discusiones se desencadenan por que los integrantes de la familia cuestionan la forma no adecuada de la dieta del paciente con DM2.

"Nunca fuimos de conductas muy saludables. Nunca tuvimos educación de porciones, de cómo combinar los alimentos. Hace 6 años decidí dejar de tomar refresco" (grupo 1, mujer, 22 años). Las familias hacen 'pequeños' esfuerzos (como "dejar de tomar refrescos") pero no adoptan dietas más o menos estrictas en función del cuidado de la nutrición para las personas que padecen DM2; estos esfuerzos al ser aislados no están dentro de rutinas de autocuidado más estructuradas.

"Diariamente comemos como familia, sano, de preferencia mucha sopa, en las mañanas nos tomamos un jugo verde, licuado de fresa, papaya. Sí, tenemos nuestras escapadas por cachetadas, por tortas, no la limitamos mucho porque sabemos que está bien. En el rol, yo funjo diciéndole mamá deja de tomar coca, ya deja la coca, yo no tomo, me sirvo solo tantito, no me gusta, en la casa no puede faltar, es algo esencial para ellos, hay veces en que ella lo ha dejado" (grupo 1, mujer, 25 años). Los miembros de las familias tienen la capacidad de minimizar o fortalecer las ruti-

nas inadecuadas de alimentación, las "escapadas" por alimentos con exceso de grasas o que no están debidamente controlados. En el caso anterior, hace referencia a que su madre (quién es la paciente con DM2) "está bien". Ese tipo de apreciaciones, que deberían estar basadas en el diagnóstico y evaluaciones periódicas médicas especializadas para así determinar si su madre puede o no optar por rutinas que no estén recomendadas para ella.

"Comemos mucha fruta" (grupo 1, mujer, 24 años), "Comemos juntos" (grupo 1, mujer, 27 años). Estos dos casos hacen referencia a que la actividad alrededor de las comidas es un evento en el que participan todos los miembros de la familia, aunque no se ve claramente quienes preparan los alimentos. En cuanto a las porciones, los miembros entrevistados de las familias no tienen parámetros nutrimentales específicos ni claros para determinar cuándo hay exceso o no de un tipo de alimento (sean éstas frutas, verduras o comida no nutritiva). Además, para el caso mexicano, muchas familias de escasos recursos económicos, con algún miembro con DM2, representa un esfuerzo mayor poder mantener dietas alimenticias específicas. Esto último tiene relación con los hallazgos de estudios como el de Peña y Bacallao (2000), quienes afirman cómo han "emigrado" enfermedades no transmisibles, como la DM2, de los estratos de mayores ingresos a las personas de menores ingresos.

"Tengo que cuidar mi alimentación, estar al pendiente de que no haya exceso" (grupo 1, mujer, 30 años). "Para mantenernos saludables primero es prestar atención con todo lo que tiene que ver con la alimentación, controlar desde qué hay en el refri hasta los horarios de comidas" (grupo 1, mujer, 25 años).

En los últimos años, y en especial du-

rante los meses de la pandemia causada por el SARS-cov2 (COVID-19) las familias mexicanas se han percatado de la importancia de la alimentación saludable. Para el caso de las unidades familiares donde el paciente con DM2 es un adulto mayor, los hijos se mantienen informados acerca de los hábitos y dietas alimenticias que son convenientes para sus familiares con DM2, ya que son los hijos o los nietos quienes tienen acceso a internet y a información corroborada relacionada con dietas y alimentos que contribuyen a la salud de los pacientes con DM2. "Hemos notado que con esto de la pandemia comemos mejor, el hecho de estar trabajando a veces hace que comas afuera y pues es o todo procesado o todo con mucha grasa o no sabes de su procedencia, a veces por el tiempo por costo o por equis factor, tú nomas llegas te sientas te lo sampas y te vas, entonces yo si noté un cambio al menos en el primer apartado que es la comida". (grupo 2, hombre, 37 años). "Con la pandemia, ahí nos dimos cuenta de que no comemos bien, que siempre nos damos nuestros gustos, sabemos cuál es el plato del buen comer, pero no lo hacemos" (grupo 2, mujer, 41 años).

La alimentación relacionada con rutinas de ejercicio, son rutinas que se han visto afectadas por las condiciones de la pandemia: "Entonces no salimos ahorita no hay mucha actividad. A mí me gustaba mucho salirme los fines de semana a "Fundidora" (parque recreativo en la ciudad de Monterrey), de hecho, por semana era típico que me aventara de 25 a 35 kilómetros de caminata. Ahorita tengo suerte si a la semana me aviento 6 o 7 aquí adentro de la casa, porque siempre estoy de un lado para otro, que la ropa, que la cocina, que toca en la puerta, etcétera". (Refiriéndose a la pandemia) (grupo 2, hombre 37 años).

Las familias parece que compensan algunos alimentos considerados de manera vaga como sanos con otros que no los son. Tal es el

caso siguiente, en el que la entrevistada menciona que consumen "cosas sanas", aunque al mismo tiempo compran y consumen postres. Hace alusión a que esta permisividad está sustentada en el consumo de dichos alimentos, pero no con exceso. En este caso habría que indagar sobre cómo las familias consideran o no que un alimento no saludable está siendo consumido en cantidades adecuadas o excesivas. "Yo no cocino, pero en mi refrigerador mantenemos cosas sanas, yo a veces traigo uno que otro postre, a ella le es permitido siempre y cuando no sea en exceso, ella tiene un autocontrol muy grande, la excepción es la coca cola es un vicio que no ha dejado" (mujer, 25 años). En este mismo sentido, se encontró cómo el consumo de bebidas edulcoradas, en especial los refrescos de cola, representan un problema para las familias mexicanas, ya que, como el caso anterior, pueden mantener rutinas saludables, pero siempre haciendo excepciones a la regla.

"Es ponerle atención a la comida, a la alimentación y buscar que sea balanceada y equilibrada en cuanto a las características que luego nos indica" (grupo 2, mujer, 50 años).

"Pues buscábamos la frutita y la manzanita con chilito y limón, que si la jícama, o sea, no dejar de comer lo que nos gusta, pero comer un poco mejor" (grupo 2, mujer, 46 años) en este caso, las familias intentan hacer ajustes en sus rutinas alimentarias, sustituyendo algunos productos por otros, pero que no les representen cambios radicales en cuanto a sabor y apariencia.

"Hablando de alimentación, lo único es que, al menos en mi caso, el cuidar el consumo de calorías. Lo que creo yo que hago más como autocuidado, es decir, si nos encantaba como a todos darnos nuestros gustitos, que el vasito de coca y otras cosas. Pero pues yo me tomo medio vaso en el día, la cena es ligera, no es cena pesada, incluso nos invitan luego a

cenar y no nos cae porque ya estamos acostumbrados a eso" (grupo 2, mujer, 41 años). Cuando las familias perciben que han tenido mejoría, también suelen relajarse, consideran que cierto esfuerzo es suficiente y tienden a auto gestionarse premios por su buen desempeño; este tipo de premios son probar alimentos que anteriormente podían ingerir sin mayores restricciones: por ejemplo, bebidas endulcoradas, pastelillos, alimentos con alto contenido de grasas saturadas, entre otros.

Cuando las familias están formadas por miembros de hábitos alimenticios variados, es mucho más complicado entablar rutinas de autocuidado saludables. Por ejemplo, los casos de familias en que en el mismo hogar habita el padre, la madre, abuelo, hijos, nietos, nueras, el paciente con DM2 suele desistir de llevar una dieta saludable porque el resto de la unidad familiar mantiene hábitos alimenticios no recomendables. "Mi esposo no puede ingerir cualquier cosa, y mis hijos traen de todo a casa y hay tentación. Es difícil que todos hagamos conciencia de lo que nos hace daño ingerir, y hacer conciencia que él no coma lo que no debe" (grupo 3, mujer, 59 años). "Aquí no hay tanta tentación, pero me descuido y manda a alguien a que le compre en la tienda comida que le hace daño. A veces sí tiene conciencia lo que le hace daño, pero luego cae en la tentación. Se ingenia para encargarle algo de comer a alguna visita (grupo 3, hombre, 65 años). Esto coincide con el estudio de Denham et al. (2007), quienes concluyeron que los comportamientos de los miembros de la familia pueden ser beneficiosos y al mismo tiempo dañinos para aquellos pacientes con DM2, todo ello en función de que las rutinas de unos afectan al desarrollo y la salud de los otros integrantes de la familia.

"Saber lo que contiene lo que comemos me hace sentir segura" (grupo 2, mujer 43

años). "Es primordial la alimentación. Cuidamos lo que comemos para no subir de peso" (grupo 3, mujer, 59 años). "Bajarle a los alimentos dañinos que puedan producirnos alguna enfermedad, como azúcares y grasas" (grupo 3, mujer, 59 años). "La mayoría de los días tenemos mucho cuidado en lo que se come en familia, que sean alimentos sanos" (grupo 3, mujer, 63 años). En estos casos, las personas entrevistadas, todas ellas mujeres, tienen conocimiento de la importancia de la dieta saludable. Esto podría estar relacionada a que, en buena parte de las familias mexicanas, la preparación de alimentos se considera como una actividad exclusiva de la mujer.

"Luego ya viene el almuerzo y debe ser sano, cosa que a él no le gusta. Sí, porque él se resiste y no es de ahorita, es de siempre. Por eso caímos en ese problema de la diabetes. Entonces es un poco problemático. Mi esposo no aceptaba lo que le hace daño. Come verduras a la fuerza" (mujer, 63 años). Los adultos mayores son más resistentes a las rutinas de autocuidado para la salud individual, solo cuando existe un manejo por obligación, algunos de estos adultos mayores estiman que no tienen otra alternativa más que ajustar sus comidas a una dieta saludable. La paciencia e insistencia de las esposas de pacientes diabéticos representan una estructura de apoyo para el mantenimiento de la salud, tal como lo ha mostrado estudios como el de Fischer et al., (2000). "Es difícil que acepten todos los alimentos. Tuve que ampliarle el panorama de la dieta a mi esposo y aceptó. Pero tuve que insistirle" (grupo 3, mujer, 56 años).

Las rutinas de alimentación saludable que implementan los padres también son un aliciente para que las próximas generaciones de la familia puedan tener ejemplos claros y

contundentes de los resultados que acarrear dietas no saludables.

La cohesión familiar ha mostrado que los pacientes con DM2 tengan mayor adherencia a sus tratamientos, esto también podría tener repercusión en las rutinas de autocuidado relacionadas a la alimentación saludable. Se puede notar que los ajustes en las rutinas de autocuidado relacionadas a la alimentación para apoyar a los pacientes con DM2, regularmente entran en conflicto con las rutinas familiares ya establecidas.

Ejercicio y Actividad Física

Varios estudios han explorado la relevancia de la actividad física para pacientes que padecen DM2 (Pérez, et al., 2021; Mirahmadizadeh et al., 2020; Weller et al., 2013); dicha actividad está relacionada con planes y estrategias para afrontar una enfermedad de alta prevalencia como lo es la DM2.

Para los casos que aquí se presentan, se observó que las familias saben de los aportes positivos que tiene la actividad física en relación a la salud familiar en general, y en particular para los pacientes con DM2: "Cuando mi hermano inició con la diabetes, eso lo incitó para que se mantuviera bien, se van mis papás y mi hermano a hacer ejercicio diario, corren 6 kilómetros, ya están pensando correr medio maratón". (grupo 1, mujer, 20 años)

"Nunca hemos hecho ejercicio juntos, siempre cada quien por su lado. Yo sigo constante, pero él no" (grupo 3, mujer, 56 años).

"Hacer ejercicio para la circulación, camina con un andador y debe tener su pie en alto" (grupo 3, mujer, 63 años). "Cuando está mi hijo él le da una clase para que haga ejercicio" (grupo 3, mujer, 63 años). En lo anterior se puede observar que la comunicación y actitudes de los miembros familiares hacia la alimentación y la actividad física impactan significativamente en el bienestar psicológico

del paciente, lo que los motiva a continuar con los esquemas de tratamiento médico, así como la oportunidad de comenzar o permanecer en rutinas sanas de dieta y ejercicio (Fischer et al., 2000).

"Lo del ejercicio, vivimos muchos años de descuido, ahorita si he visto resultado, hemos visto muchos cambios, nos damos ánimo entre uno y otro, decimos vamos a hacer ejercicio, yo soy la que pica a todo mundo para hacer las cosas, cuando yo tengo flojera él me pica para hacer las cosas" (grupo 1, mujer, 22 años). "Yo salgo a caminar con mi mamá, tratamos de hacerlo todas las mañanas, antes de irme a trabajar" (grupo 1, mujer, 25 años). "En el caso de mi mamá y de mi papá, algo que nos inculcaron mucho desde pequeño, siempre fue hacer un deporte. Pero sí hemos procurado incluir dentro de las actividades diarias, por ejemplo, el caminar ya nos abrieron los gimnasios, ya regresamos. Mis hijas quieren brincar en el brincolín, salen a jugar al patio con la perra. Tienen mucha actividad durante el día. Mis papás pertenecen al grupo de la tercera edad en donde hacen danza y bailan. Mi papá realizaba Tai Chi Es muy importante activarse. Las actividades siempre iban en función de tener un buen equilibrio" (mujer, 46 años). En estos casos, las mujeres toman iniciativa en cuanto al mantenimiento de la actividad física para los miembros de su familia. Aunque también se observa que sucede lo mismo con la subcategoría de dietas y comidas, sobre todo cuando las personas entrevistadas se refieren a la cantidad y, en este caso, el tipo de ejercicio recomendado por especialistas para pacientes con DM2. En otros términos, sigue prevaleciendo el criterio propio de los miembros de la familia para elegir el tipo de actividad física y ejercicio que prefieren o pueden realizar.

"Hacer mucho ejercicio, ahorita no ha-

go ejercicio por las clases". (grupo 1, mujer, 20 años). La disponibilidad del tiempo, cuando algunos miembros tienen que laborar desde el hogar debido a las condiciones de distanciamiento social por la pandemia provocada por COVID19, es un problema que los miembros de la familia deben afrontar. Las rutinas de autocuidado relacionadas al ejercicio están presentes en la familia, ellos tienen en claro que el ejercicio contribuye al adecuado mantenimiento de la salud y esto otorga un apoyo fundamental para el paciente con DM2. No obstante, las familias han adaptado la actividad física al tiempo disponible en casa. "Sí es primordial la alimentación y pues la caminata. Aunque ahorita estamos en pandemia. Pues hacerla. Si tenemos la oportunidad de subir escaleras o una caminadora. En lo personal yo lo hago" (grupo 3, mujer, 59 años). "Hacer ejercicio juntos en casa o fuera de ella, establecer horarios, establecer rutinas" (grupo 3, mujer, 69 años).

"Tratamos de estar haciendo ejercicio siempre juntos. Tratamos de estar unidos entre todos" (grupo 1, mujer 27 años). La actividad física, además de impactar directamente la salud de los pacientes con DM2, también funciona como actividad que cohesiona a los miembros de la familia.

En los casos mencionados, al igual que los resultados de otros estudios se hace alusión a la falta de alfabetización sanitaria (Storey et al., 2019), dicha alfabetización está relacionada con las competencias y el conocimiento para acceder y aplicar información de salud válida que les permitan a los pacientes tomar decisiones en su vida cotidiana para prevenir enfermedades o, en otros casos, el autocuidado. La escasa alfabetización de las familias y pacientes con DM2 resulta en que no tienen acceso a información de calidad para determinar el curso de una rutina de autocuidado enfocada en el ejercicio y activida-

des físicas tomando en consideración factores como la edad, género, características corporales, entre otros.

Discusión

Las rutinas de autocuidado en la salud familiar e individual son fundamentales cuando se trata de apoyar a los miembros de éstas que padecen DM2, ya que dichas rutinas pueden ser entendidas como un conjunto de comportamientos habituales dentro del contexto familiar en función de la interacción entre sus integrantes. Las unidades familiares que se analizaron en este trabajo de investigación consideran que la dieta, los alimentos y la actividad física (que se traduce la mayor parte de las veces a ejercicio físico) son hábitos que permiten mejorar la calidad de vida y salud de los pacientes con DM2. Además, el círculo familiar está dispuesto a apoyar a sus miembros con DM2; sin embargo, las condiciones no son las adecuadas sobre todo en el desconocimiento de las dietas y procedimientos más adecuados para aplicarlos

En cuanto a la actividad física, se observó que dicha actividad está relacionada con la alimentación. Las particularidades de cada familia estudiada están basadas en un conjunto de rutinas a través de las cuales las familias identifican intervenciones de apoyo para quienes afrontan la DM2. A pesar de los esfuerzos en cada familia, desafortunadamente no poseen conocimientos sólidos acerca de la dieta más adecuada para los pacientes con DM2 o una rutina de ejercicios adaptada para las necesidades del integrante afectado.

Si bien los miembros entrevistados se involucran en el cuidado de quienes viven con DM2, pero al mismo tiempo, hay rutinas familiares que contravienen al mantenimiento de la salud. Esto se observó sobre todo en la subcategoría de dieta y comidas. Ya que, por momentos mantienen rutinas en que 'cuidan'

que los alimentos tengan cierta calidad, pero en cuanto se relajan esas medidas, los pacientes no logran resistir los ofrecimientos de alimentos inadecuados de otros miembros y así sucumben ante la ingesta de alimentos que no aportan la calidad nutrimental para enfrentar sus padecimientos.

Nadie mencionó, por ejemplo, la intervención de un especialista en nutrición en cuanto a las rutinas de autocuidado de la dieta. Ni tampoco un especialista en acondicionamiento físico para atender a personas que padecen DM2.

Conclusiones

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo identificar y analizar las rutinas de autocuidado con relación a la salud familiar entre los integrantes de grupos familiares con un miembro con diabetes mellitus tipo (DM2).

De tal manera que, en coincidencia con Denham (2002a), las familias de los miembros que participaron en los grupos focales virtuales son sistemas complejos, además, se observa cómo ciertas rutinas son perjudiciales a las necesidades de las personas que presentan DM2. Por eso, ya sea que se trate de actividad física o la alimentación, siempre será necesario la distribución de responsabilidades para el apoyo de los pacientes con DM2. Esto permitirá que, más allá de la resistencia de los miembros de las familias con DM2 hacia rutinas de autocuidado saludables, la salud familiar e individual mejore significativamente. Por ello, la comida preparada en casa y las rutinas de ejercicio frecuentes son comportamientos que coadyuvan a mantener rutinas de autocuidado para la salud familiar, rutinas que no solo deben recaer en la responsabilidad individual del paciente con DM2, sino en la interacción de todos los miembros de la familia.

Los miembros de las familias con pacientes con DM2 tienen la capacidad de fortalecer o debilitar los hábitos alimenticios adecuados o inadecuados al interior del hogar. Esto se traduce en que las rutinas de autocuidado que tienen que ver con la alimentación y con la actividad física, se construyen al interior del hogar y el apoyo que los pacientes con DM2 reciben de sus familiares inmediatos para mantener hábitos saludables, se traducirá en comportamientos que se mantienen a lo largo del tiempo.

La interacción social con la alimentación que las familias entrevistadas hace de la rutina de alimentación un cronograma variable, en otras palabras, de lunes a jueves mantienen una rutina de autocuidado alimenticio más o menos nutritivas, pero cuando llegan los días viernes, sábado y domingos, las rutinas de autocuidado relacionadas con la alimentación cambian drásticamente, anteponiendo la convivencia al cuidado y prevención de la salud. Resulta paradójico observar como en un mismo núcleo familiar reconocen algunos alimentos nutritivos, pero no son estrictos en abstenerse de prácticas alimenticias no nutritivas para apoyar al miembro con DM2.

Los resultados del estudio que aquí se presenta, son relevantes ya que aportan el conocimiento de las rutinas de autocuidado en los miembros de las familias mexicanas, las cuales interaccionan socialmente haciendo interpretaciones sobre hábitos alimenticios y rutinas de actividad física. La principal limitación del estudio es que está enfocado a casos particulares en familias de dos entidades federativas y no permite hacer generalizaciones para todas las familias mexicanas y sus rutinas de autocuidado.

Lo que este estudio sí permite es aprovechar líneas de investigación que retomen

un enfoque cualitativo pues este procedimiento facilita un análisis de baja inferencia con la intención de presentar resultados a partir del propio lenguaje y experiencias cotidianas de los sujetos que participaron en el estudio. También quedan abiertas líneas de investigación para conocer las rutinas de autocuidado en familias vulnerables y no vulnerables y así poder hacer estudios comparativos de casos, atendiendo así a las circunstancias y complejidades de cada unidad familiar con pacientes que presentan síntomas de DM2. Con este tipo de enfoques descriptivos se puede aportar a la mejoría de las intervenciones y atenciones clínicas a nivel local.

Referencias

- American Diabetes Association (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37 (1), 81-90. <https://www.doi.org/10.2337/dc14-S081>
- August, K., & Sorkin, D. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: The function of health-related social control. *Social Science & Medicine*, 71 (10), 1831-1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.022>.
- Bronfenbrenner U. (1986). Ecology of the family as the context of human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Calderón, C., Carrete, L., & Vera, J. (2018). Validation of a Scale of Health beliefs about type 1 diabetes for the mexican context: HBM-T1DM. *Salud Pública de México*, 60(2), 175-183. <https://doi.org/10.21149/8838>
- De Heer, H., De la Haye, K., Skapinsky, K., Georgen, A., Wilkinson, A., & Koehly, L. (2016). Let's move together: A randomized trial of the impact of family health history on encouragement and co-engagement in physical activity of mexican-origin parents and their children. *Health Education and behavior*, 44 (1), 141-152. <https://doi.org/10.1177/1090198116644703>
- Denham, S. (2002a). *Family health: a framework for nursing*. FA Davis Publishers.
- Denham, S. (2002b). Family routines: A structural perspective for viewing family health. *Advances in Nursing Science*, 24 (4), 60-74. <https://doi.org/10.1097/00012272-200206000-00010>
- Denham, S., Eggenberger, S., Krumwiede, E., & Young, P. (2016). *Family-Focused nursing care*. FA Davis Company.
- Denham, S. (2003a). Familial research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice*, 17 (3), 143-151. <https://www.doi.org/10.1097/00004650-200305000-00005>
- Denham S., Manoogian M., & Schuster L. (2007). Managing family support and dietary routines: Type 2 diabetes in rural Appalachian families. *Families, Systems, & Health*, 25 (1), 36-52. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.1.36>
- Escobar, J., y Bonilla-Jiménez, I. (2017). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9 (1), 51-67. <http://www.tutoria.unam.mx/sitetutoria/ayuda/gfocal-03122015>
- Federación Mexicana de Diabetes [FMD] (2020). *Estadísticas en México*. <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Gobierno de Tamaulipas (2020). *Secretaría de Salud*. <https://www.tamaulipas.gob.mx/salud/programas/medicina-preventiva/salud-del-adulto-y-del-anciano/diabetes/>
- Dirección General de Epidemiología. *Anuario de Morbilidad 1984-2018*. http://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_fuente_notificacion.pdf.
- Gutiérrez-Mata, R., Máyne-Ocón, S., Gameros-Gardea, R., Arriaga-González, A., & López-Hernández, E. (2017). Family functioning is related to health behaviors in patients with type 2 diabetes. *Medicine Science International Medical Journal*, 6 (4), 659-662. <https://www.doi.org/10.5455/medscience.2017.06.6835>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hu, F. (2011). Globalization of Diabetes. The role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care*, 34 (6), 1249-1257. <https://www.doi.org/10.2337/dc11-0442>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]

- (2018). *Estadísticas a propósito del día Mundial de la Salud*. inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6204482538#tabMCcollapse-Indicadores#D6204482538
- Jiménez, A., Aguilar-Salinas, C., Rojas-Martínez, R., & Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*, 55 (Supl. 2), S137-S143. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800010&lng=es&tlng=es
- Kanjanawetang, J., Yunibhand, J., Chaipayat, W., Wu, Y. & Denham, S. (2009). Thai Family health routines: Scale development and psychometric testing. *Southeast Asian Journal Trop Medicine Public Health*, 40 (3), 629-643.
- Lima, J., Lima, M., Jiménez, N y Domínguez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86 (5), 509-521. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n5/05_original3.pdf
- Macías, A., & Villarreal, Héctor. (2018). Sostenibilidad del Gasto Público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. *Ensayos. Revista de economía*, 37(1), 99-133. Recuperado en 21 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84022018000100099&lng=es&tlng=es.
- Marcy, T., Britton, M., & Harrison, D. (2011). Identification of barriers to appropriate dietary behavior in low-income patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Therapy*, 2 (1), 9-19. <https://doi.org/10.1007/s13300-010-0012-6>
- Martínez-Bonilla, J., Amador, B., y Guerra, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16 (47), 576-591. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>
- Mayberry, L., & Osborn, CH. (2012). Family support medication adherence and glycemic control among adult with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35 (6), 1239-1245. <https://doi.org/10.2337/dc11-2013>
- Minuchin, S., Lee, W., & Simon, G. (1996). *Mastering Family Therapy: Journeys of growth and transformation*. John Wiley & Sons.
- Pamungkas, R., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A systematic review: family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. *Behavioral Sciences*, 7 (3), 1-17. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
- Peña, M., y Bacallao, J., (2000). Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge. Scientific Publication 576. D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez, M. Fernández, A., López, F., Soriano, T., Peral, I., Mancera, J. (2021). Adherencia a un estilo de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. Volume 47, Issue 3, April 2021, Pages 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.009>
- Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Rivero, E., Martínez-Villamil, M., Zamudio-López, J., Islas-Vega, I., Pelcastre-Neri, A., Garnica-Guerrero, B. y Ruvalcaba-Ledezma, J. (2020). La atención en casa: el apoyo familiar en el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hospital a Domicilio*, 4 (4), 199-207. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
- Satterwhite, L., Harper, K., & Osborn, C. (2016). Family behaviors and type 2 diabetes: what to target and how to address in interventions for adults with low socioeconomic status. *Chronic Illness*, 12 (3), 199-215. <https://doi.org/10.1177/1742395316644303>
- Savoca M., Miller C., & Ludwig D. (2004). Food habits are related to glycemic control among people with type 2 diabetes mellitus. *Journal American Diet Association*, 104 (4), 560-566. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.01.013>.
- Storey, A., Hanna, L., Missen, K., Hakman, N., Osborne, R. H., & Beauchamp, A. (2020). The association between health literacy and self-rated health amongst Australian university students. *Journal of Health Communication*, 25(4), 333-343.
- Torres, A., Camacho, E. J., Escoto, M. C., & Casas, D. (2015) Representación social del apoyo familiar al diabético: caso DiabetIMSS. Solano, G., (Ed.). *Diabetes y educación: De la teoría a*

- la práctica*. (1er ed., Vol. 1, pp. 43-66). Editorial PYSESA.
- Trief, P., Morin, P., Izquierdo, R., Teresi, J., Eimicke, J., Goland, R., Starren, J., Shea, S., & Weinstock, R. (2006). Depression and Glycemic Control in Elderly Ethnically diverse patients with diabetes. *Diabetes Care*, 29 (4), 830–835. <https://doi.org/10.2337/diacare.29.04.06.dc05-1769>
- Vongmany, J., Lockett, T., Lam, L., & Phillips, J. (2018). Family behaviours that have an impact on the self-management activities of adults living with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-synthesis. *Diabetic Medicine*, 35 (2), 184–194. <https://doi.org/10.1111/dme.13547>
- Wen, L., Shepherd, M., & Parchman, M. (2004). Family Support, Diet, and Exercise Among Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 30 (6), 980–993. <https://doi.org/10.1177/014572170403000619>
- Weller, S., Baer, R, de Alba Garcia J, Salcedo L. Are differences between patient and provider explanatory models of diabetes associated with patient self-management and glycemic control? *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(4):1498–510.
- Zuhayer, A. & Farjana, Y. (2016). Active family participation in diabetes self-care: a commentary. *Diabetes Management*, 6 (5), 104–107. <https://www.openaccessjournals.com/articles/active-family-participation-in-diabetes-selfcare-a-commentary.html>