




**Creencias sobre el origen de la diabetes mellitus en mujeres  
adultas mayores**

*Beliefs about the origin of diabetes mellitus in older adult women*

DOI: <https://doi.org/10.33936/psidial.v2i2.6031>

Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz<sup>1</sup>

 0000-0001-9982-6379

Martha Leticia Cabello Garza<sup>2</sup>

 0000-0001-6580-9650

Universidad Autónoma de Nuevo León, México. [barbara\\_cuevasm@hotmail.com](mailto:barbara_cuevasm@hotmail.com) <sup>1</sup>

[martha.cabellogr@uanl.edu.mx](mailto:martha.cabellogr@uanl.edu.mx) <sup>2</sup>

Recepción: 18 de agosto de 2023 / Aceptación: 19 de octubre de 2023 / Publicación: 20 de diciembre de 2023

**Citación/cómo citar este artículo:** Cuevas Muñiz, B. y Cabello Garza, M. (2023). Creencias sobre el origen de la diabetes mellitus en mujeres adultas mayores. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 2(2) 67-84. <https://doi.org/10.33936/psidial.v2i2.6031>

## Resumen

El propósito de este trabajo es presentar resultados de una investigación relacionada con las creencias individuales y la acción de las mujeres adultas mayores en el tratamiento médico integral de la diabetes mellitus para entender los cambios en los comportamientos de salud preventivos y protectores. Este estudio cualitativo, a través del análisis del discurso examinó las experiencias de vida de doce mujeres adultas mayores entre 61 y 75 años que contaban con seguridad social y que fueron seleccionadas por muestreo intencional. Los datos fueron recolectados a través de la observación no participante, la entrevista a profundidad y el diario de campo, empleando como marco de análisis el modelo de las creencias de salud. Los resultados revelaron que las creencias sobre los factores de riesgo generan una susceptibilidad a padecer la enfermedad sin percibir una alta severidad, por lo cual no se generaron cursos de acción específicos para prevenir la enfermedad. Las creencias y valoraciones internas están asociadas a la participación activa para una mayor comprensión de la diabetes mellitus y deben cambiarse o reforzarse para facilitar intervenciones efectivas que promuevan comportamientos saludables.

**Palabras Claves:** Adultas mayores, Creencias de Salud, Diabetes Mellitus, Investigación Cualitativa.

## Abstract

The purpose of this study is to present the results of a research related to the individual beliefs and the action of older adult women in the comprehensive medical treatment of diabetes mellitus to understand the changes in preventive and protective health behaviors. This qualitative study, through discourse analysis, examined the life experiences of twelve older women between 61 and 75 years old. They had social security and were selected by intentional sample. Data were collected through non-participant observation, in-depth interviews, and field diary, using the health beliefs model as a framework of analysis. The results revealed that the beliefs about the risk factors, generate susceptibility to suffering from that disease without perceiving a high severity, for which no specific courses of action were generated to prevent the disease. Internal beliefs and assessments are associated with active participation for a better understanding of diabetes mellitus and must be modified or reinforced to facilitate effective interventions that promote healthy behaviors.

**Keywords:** Older Adult, Health beliefs, Diabetes Mellitus, Qualitative Research.

## Introducción

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que representa una enfermedad que envuelve una serie de creencias que aparecen como producto de la cultura y que generan cursos de acción, sobre todo cuando se presenta en las personas adultas mayores. La vejez es una etapa de la vida en donde la persona se enfrenta a una serie de transformaciones significativas en aspectos biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y culturales. La persona mayor que padece diabetes mellitus se enfrenta a cambios biológicos y corporales y al mismo tiempo a reacciones psicológicas y sociales (Arcos y Peña, 2019; Cardona-Arango et al., 2018). Las reacciones psicológicas obedecen a los esfuerzos cognitivos y conductuales para establecer mecanismos adaptativos que lleven a afrontar las demandas constantes de la diabetes mellitus en aspectos alimentarios, farmacológicos, atención-cuidado, entre otros.

Al mismo tiempo la vejez, definida como la última etapa del curso de vida (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2019), transforma a la persona y su identidad por los cambios de creencias y comportamientos asociados a los prejuicios y estereotipos de la vejez. En sus aspectos negativos esos prejuicios y estereotipos tienden a representar a esta etapa de la vida como un período de pérdida, declive y deterioro porque en los procesos psicosociales de la vejez se tienden a ignorar los atributos personales de las personas mayores y se toma relevancia a los estereotipos de la afiliación grupal (Guadarrama et al., 2017; Gutiérrez, 2019).

El conjunto de pérdidas físicas, psicológicas y sociales ocasionan que las personas que viven la etapa de vejez se enfrenten a necesidades, limitaciones y situaciones complejas particulares en aspectos de salud, atención-cuidado, en aspectos afectivos, emocionales, entre otros (Guadarrama et al., 2017). Esto lleva a cuestionar qué sucede cuando además de vivir un proceso de envejecimiento, la persona vive un proceso de enfermedad crónico-degenerativo, es decir cuando la persona mayor vive un envejecimiento patológico. Mantener la salud mientras se vive un envejecimiento patológico implica que la persona mayor modifique comportamientos y conductas no saludables para reducir las complicaciones de las enfermedades crónicas.

La diabetes mellitus se ha posicionado como uno de los principales problemas de salud pública en los últimos años porque esta enfermedad crónica ha incrementado su prevalencia a nivel mundial. En el año 2021, México de acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes (2021), ocupó el 7°. lugar entre los principales países por número de adultos de 20 a 79 años con diabetes, le anteceden China, India, Pakistán, Estados Unidos, Indonesia y Brasil. De acuerdo con el documento “Estadísticas a Propósito del día Mundial de la Diabetes 2021” del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), en México 10.3% de la población de 20 años y más (8,542,718) reportaron contar con un diagnóstico médico previo de diabetes mellitus. Cabe destacar en este documento el incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumenta la edad de las personas, ya casi el 50 % de la población total es de 60 años y más y de éstos 68.3% fueron mujeres.

De acuerdo con los datos de mortalidad, para 2020 se reportaron 1,086,743 fallecimientos, de los cuales 14% (151,019) correspondieron a defunciones por diabetes mellitus. De estas, 52% (78,922) ocurrieron en hombres y 48% (72,094) en mujeres. Del total de fallecimientos 98% (144,513) fueron por diabetes no insulino dependiente y de otro tipo y solo el 2% (3, 506) por diabetes insulino dependiente. La tasa de mortalidad por diabetes muestra una tendencia al alza

lo que demuestra el creciente impacto de la diabetes en la sociedad. Si bien las tasas de mortalidad fluctuaban antes del 2020 (2011-2020) alrededor de 8% por cada 10 mil habitantes, ésta aumentó a 11.95 % en el 2020.

De acuerdo con el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus (DOF, 2018), los factores de riesgo que se relacionan con la diabetes, son el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial y tabaquismo; todos ellos, están relacionados con el estilo de vida, pero también es un factor, el tener un familiar directo con diabetes.

Si bien la Federación Mexicana de Diabetes brinda educación y orientación para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes, a través de un plan de alimentación, actividad física, medición de la glucosa, adherencia al tratamiento y asumir una actitud positiva, no consideran la importancia de las creencias y percepciones en función a la susceptibilidad y severidad de la enfermedad y de los beneficios y barreras de las conductas disponibles para superar la enfermedad. Este conjunto de creencias de salud produce cierto grado de preparación psicológica para actuar ante un problema de salud.

Los factores de riesgos socioculturales o ambientales son diversos y complejos porque involucran la interacción de procesos económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales (DOF, 2018; Granda et al., 2018; Raymond, J. y K. Morrow). Entre los principales factores de riesgos socioculturales o ambientales destacan la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a la disponibilidad y compra de alimentos saludables, las creencias y diversos aspectos de la cultura alimentaria que origina patrones y hábitos de alimentación no saludables, la ausencia de espacios públicos para realizar actividades recreativas, la falta de costumbre para practicar actividad física, ejercicio o deporte por lo que se originan hábitos de actividad física no saludables. El estudio de la conjugación de todos los factores de riesgo ha llevado a identificar diversos elementos comportamentales modificables, como son el consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable y el consumo nocivo de alcohol, que son de suma importancia para prevenir y reducir la prevalencia de la diabetes mellitus (OMS, 2022).

El estudio de la diabetes mellitus ha llevado a clasificarla como una enfermedad compleja porque implica analizar un proceso de enfermedad biológico y también social para su control y reducir su evolución ya que el daño constante a órganos y sistemas del cuerpo evita que esta enfermedad tenga una curación total. La evolución de la diabetes mellitus afecta en mayor medida a las personas mayores porque los cambios progresivos de esta enfermedad se conjugan con los cambios progresivos de las enfermedades propias de la edad (INGER, 2021).

El conjunto de transformaciones metabólicas, biológicas y psicológicas de la evolución de la diabetes mellitus y la falta de control de sus comorbilidades asociadas inciden en el ámbito social de las personas mayores porque disminuyen su interés por las relaciones familiares y laborales ocasionando que sean más propensos al aislamiento y exclusión en la participación de las actividades sociales tanto a nivel familiar como a nivel de la comunidad (INGER, 2021). Sin embargo, una identidad social positiva de la diabetes mellitus representa adoptar un estilo de vida saludable a través de la transformación de los hábitos no saludables establecidos en la vida cotidiana para evitar el desarrollo de comorbilidades asociadas a esta enfermedad. Para Portilla y colaboradores (1991), las reacciones sociales surgen porque las enfermedades influyen en la identidad social de la persona en función a los sistemas de apoyo social, es decir,

relaciones sociales que proveen apoyo material o espiritual y contribuye a una identidad social positiva de la enfermedad.

Mantener la salud mientras la persona mayor vive la evolución de diabetes mellitus requiere la transformación de los comportamientos, conductas y hábitos no saludables en función a nuevas necesidades de salud. La construcción de un nuevo sistema de necesidades implica examinar la interacción de un conjunto de aspectos subjetivos como emociones, sentimientos, percepciones, creencias y motivaciones (Rodríguez-Cruz y Rodríguez-Hernández, 2020). Las emociones son la respuesta neurofisiológica, conductual y cognitiva del cuerpo a una situación concreta favorable o desfavorable. Las emociones no se piensan ni se controlan. Al momento que se toma conciencia de las respuestas del cuerpo ante una situación concreta las emociones se transforman en sentimientos convirtiéndose así en un componente de las emociones (Fernández y Cabello, 2021).

Las creencias, conocimientos y actitudes sobre el mundo externo o interno (memoria) son indispensables para valorar una situación concreta a través de la emoción porque esta última influye en el modo en que se percibe dicha situación, por lo cual esta valoración está sujeta a sensaciones y percepciones de experiencias anteriores y a situaciones concretas consiguiendo que cada persona perciba una emoción de manera singular (Mora, 2012).

La construcción de un nuevo sistema de necesidades además requiere identificar una situación concreta especial, en donde no se produce una rutina ni una sensación de monotonía por ser imprevisible, inesperada e irrepetible, porque a través de esta situación especial se activan los mecanismos reflexivos y conscientes de la acción para satisfacer las nuevas necesidades y mantener un equilibrio personal, social y cultural (Rodríguez-Cruz y Rodríguez-Hernández, 2020).

En la situación especial del ser diagnosticado con una enfermedad crónica los mecanismos reflexivos y conscientes de la acción permiten integrar a la vida cotidiana las nuevas necesidades de salud, sin embargo, la evolución continua de este tipo de enfermedades enfrenta a la persona a una construcción constante de nuevas necesidades para mantener la salud y reducir los riesgos de la enfermedad. Entre los mecanismos reflexivos y conscientes de la acción destacan las creencias de salud y la motivación que es un proceso psicológico que dirige la conducta y explica con mayor precisión, en comparación con un factor biológico o social, las necesidades de salud; por lo cual toman un papel relevante en la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad (Fernández-Ballesteros, 2004).

Entre los modelos teóricos que han surgido para analizar los vínculos entre las creencias de salud y los comportamientos de salud se encuentra el Modelo de Creencias de Salud (HBM, por sus siglas en inglés) (Champion y Sugg, 2008). En este modelo las creencias de salud se conceptualizan como las relaciones existentes entre las conductas que se originan socialmente y las conductas de salud o de riesgo y debido a ello se identifican las relaciones existentes entre las valoraciones internas de la persona y las situaciones ambientales que causan el comportamiento de salud. Asimismo, se refiere que la conducta de salud obedece al deseo de evitar la enfermedad (o recuperar la salud si se está enfermo) y a la creencia de que una conducta de salud específica puede prevenir la enfermedad (o aumentar la probabilidad de recuperar la salud) y que es necesario un curso de acción específico para desencadenar la conducta de salud.

El Modelo de Creencias en Salud proporciona un análisis interior del costo-beneficio de un curso de acción seleccionado para evitar la enfermedad o recuperar la salud a través de diversos grados de acción en la persona (Champion y Sugg, 2008; Moreno y Gil, 2003). Se determina que, si la disposición para actuar es alta y las barreras de las conductas disponibles se perciben como débiles, se llevará a cabo una conducta de salud preventiva o protectora y también se determina que si la disposición para actuar es débil y las barreras de las conductas disponibles se perciben como fuertes no se llevará a cabo una conducta de salud preventiva o protectora. Habría que decir también que si la disposición para actuar es alta y las barreras de las conductas disponibles se perciben como fuertes, surgirá un conflicto de compleja resolución, particularmente si no se cuenta con cursos de acción alternativos para adoptar una conducta de salud preventiva o protectora. En esta última situación el problema de salud no se analiza de forma objetiva ocasionando que la persona tienda a desarrollar un alejamiento psicológico de su condición de salud, por lo cual se adopta una conducta que no soluciona el problema de salud o que incluso produzca una crisis de ansiedad que evitará seleccionar un curso de acción adecuado para mantener o recuperar la salud (Moreno y Gil, 2003).

El analizar las creencias de salud sobre el origen de la diabetes mellitus permite examinar las relaciones existentes entre las conductas que se originan socialmente y los factores de riesgo hereditarios, biológicos y socioculturales o ambientales de esta enfermedad y las conductas de salud o riesgo de la persona que padece la enfermedad y también generar conocimiento sobre los cursos de acción disponibles para iniciar el tratamiento integral de esta enfermedad crónica. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, este trabajo tiene como objetivo conocer cómo las creencias individuales y la acción de las mujeres adultas mayores en el tratamiento médico integral de la diabetes mellitus puede contribuir para estudiar los cambios en los comportamientos de salud preventivos y protectores que puedan generar cursos de acción para su tratamiento.

## Método

El diseño metodológico del trabajo tiene un enfoque cualitativo, descriptivo, exploratorio, no experimental y transversal empleando como marco de análisis el modelo de las creencias de salud que se fundamenta en la fenomenología hermenéutica con el objetivo de analizar cómo las creencias sobre el origen de la diabetes mellitus, es decir las creencias sobre los factores de riesgo generan cursos de acción para su tratamiento en un grupo de mujeres adultas mayores para analizar esta problemática social desde un enfoque subjetivo poco explorado en este grupo de edad.

La muestra fue seleccionada por muestreo intencional y estuvo compuesta por mujeres adultas mayores que vivían con el diagnóstico de diabetes mellitus y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tener más de 60 años de edad por pertenecer al grupo de edad que ha registrado un mayor diagnóstico de esta enfermedad, pertenecer al género femenino, practicar en mayor medida el autocuidado de la salud y vivir un envejecimiento habitual en donde se vive con una o más enfermedades crónico-degenerativas sin llegar a la dependencia. Los criterios de exclusión fueron: tener menos de 60 años, aunque vivieran con el diagnóstico de esa enfermedad y no contar con seguridad social.

La muestra final fue constituida por doce mujeres adultas mayores que vivían en la zona urbana del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, con promedio de edad de 64.5 años y con escolaridad promedio de 11 años de estudio. El 41.7% de la muestra era casada (5 mujeres), el 33.3% (4 mujeres) soltera, el 16.6% (2 mujeres) viuda y 8.33% (1 mujer) divorciada. El 50 % de la muestra se dedicaba al hogar (6 mujeres), el 33.3% seguía trabajando (4 mujeres) y el 16.6% eran jubiladas (2 mujeres). Todas ellas tenían entre 61 y 75 años de edad.

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron la observación no participante que facilitó identificar situaciones concretas en relación con los estilos de vida y hábitos de salud para crear una guía de observaciones posteriores, la entrevista a profundidad que integró preguntas semi-estructuradas respecto a los conocimientos adquiridos sobre el tratamiento de la diabetes mellitus y el diario de campo, permitieron analizar con mayor detalle los discursos de las mujeres adultas mayores.

Se tuvo contacto con los participantes del estudio a través de un informante clave que tenía contacto con un grupo de mujeres que trabajaba como personal de salud donde atendían a mujeres adultas mayores, a través de llamadas telefónicas se agendaron las fechas para realizar las entrevistas, logrando más contactos con la técnica de bola de nieve.

Durante la fase de contacto inicial se validó la información relacionada a los criterios de inclusión establecidos en la muestra de estudio. La fase de la prueba piloto tuvo como objetivo probar los instrumentos de recolección de la información, principalmente la guía de la entrevista semiestructurada. Con esta finalidad se realizaron cinco entrevistas a las mujeres adultas mayores que habían aceptado participar en el estudio durante la fase de contacto inicial. Durante estas entrevistas se observaba el espacio vital de la mujer adulta mayor y se anotó en el diario de campo, notas descriptivas para su posterior análisis.

Entre los temas de la guía de entrevista que se actualizaron posterior a la aplicación de una prueba piloto, destacan la integración de los factores de riesgo de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en las etapas previas de la vida de las mujeres adultas mayores. Durante esta fase también se identificó el material necesario para el registro de la información (fotografías, ejemplos de dietas, entre otras); también se registraron en el diario de campo notas descriptivas y se tomaron fotografías sobre los medicamentos y alimentos consumidos y los espacios recreativos y de actividad física cercanos a los hogares de las mujeres adultas mayores. La fase de recolección de datos concluyó cuando la información proporcionada por las mujeres adultas mayores llegó a un nivel de saturación teórica (Ardila y Rueda, 2013).

La información recabada proporcionó evidencia empírica sobre el objeto de estudio. Estos hallazgos fueron procesados para originar datos de análisis que llevaría a la comprensión del fenómeno de estudio. El tratamiento de la información se realizó seleccionando, simplificando y transformando la información recolectada y por medio del análisis del discurso se examinaron las experiencias narradas por las mujeres adultas mayores.

Este proceso llevó a identificar diversas unidades de análisis a las que se les asignó un código que permitió identificar, reunir y clasificar la información obtenida y elaborar un sistema de

categorías en el que se agruparon los discursos. Las categorías emergentes se organizaron en función a las creencias sobre los factores que originaron la diabetes mellitus y los cursos de acción disponibles para iniciar el tratamiento de esta enfermedad crónica.

El rigor científico del presente estudio se consiguió a través de la comparación de las transcripciones textuales de las entrevistas con diversos medios técnicos como grabaciones de audio de las entrevistas, las fotografías de los hogares y las fotografías del espacio geográfico en donde estaban ubicados estos hogares por lo cual se describieron las características de los informantes y se relacionó con el contexto físico, interpersonal y social. La validez del estudio se llevó a cabo a través de un proceso de triangulación de datos, teórica y de investigadores por medio de la observación participante, la guía de entrevista semiestructurada y el diario de campo (Salgado, 2007).

Para asegurar la confidencialidad en el estudio se aplicó un formato de consentimiento informado, que se firmó antes de iniciar el trabajo de campo, a todas las mujeres adultas mayores que participaron en este estudio y con el propósito de garantizar el anonimato de las mujeres se cambiaron sus nombres (Hernández y Mancilla, 2021).

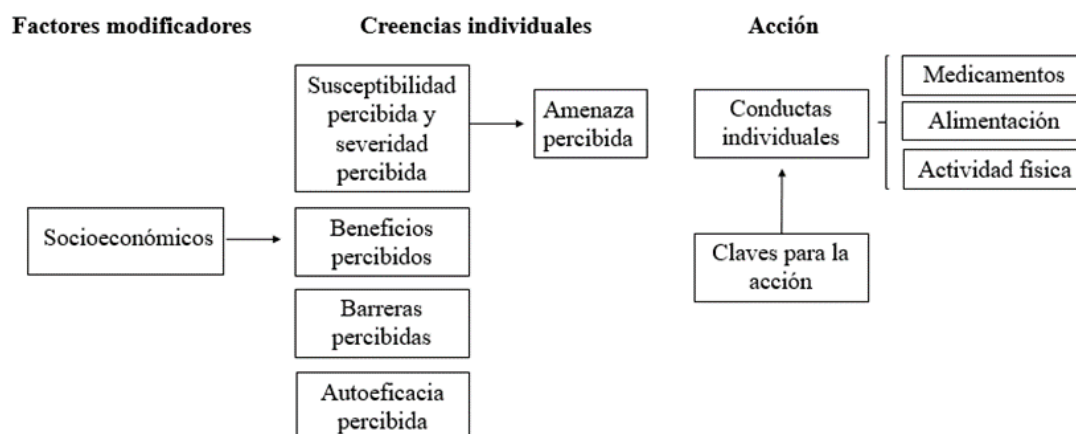
Las categorías que se analizaron corresponden a los principales factores de riesgo de la diabetes mellitus, particularmente a los denominados factores de riesgos socio-culturales o ambientales o modificadores y a los denominados factores de riesgo hereditarios y biológicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) las enfermedades crónico-degenerativas o no transmisibles obedecen a cuatro factores de riesgo comportamentales que reflejan los factores modificadores socioeconómicos que las originan: el consumo de dietas no saludables, el consumo de tabaco, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Entre estos factores de riesgo se examinaron las creencias de las mujeres respecto al sobrepeso u obesidad y el tabaquismo. En relación con los factores de riesgo hereditarios y biológicos, que no son modificables, se examinaron las creencias sobre la predisposición genética y el haber tenido a un hijo con macrosomía fetal (recién nacido no prematuro con un peso igual o mayor a 4 kilogramos), respectivamente.

## Resultados

Los hallazgos encontrados sobre las creencias de salud correspondieron a los principales factores de riesgo de la diabetes mellitus. Estas creencias de salud se agruparon en 4 categorías: sobrepeso u obesidad (experimentado desde etapas tempranas de la vida), tabaquismo (tabaquismo pasivo y tabaquismo activo), predisposición genética (familiar de primer grado) e hijo con macrosomía fetal (último embarazo). El análisis de los diversos elementos subjetivos y valoraciones internas inmersas en las creencias de salud (susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida), respecto a los principales factores de riesgo de la diabetes mellitus, permitió comprender la configuración del curso de acción de las mujeres adultas mayores en los aspectos farmacológicos, alimentarios y de actividad física para el control de la diabetes mellitus (Cuadro No. 1).



**Cuadro No. 1.** Creencias individuales sobre el origen de la diabetes mellitus y curso de acción



**Fuente:** Elaboración propia

Entre los diversos elementos subjetivos y valoraciones internas inmersas en las creencias de salud destacan la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos, las barreras percibidas, la autoeficacia percibida y las claves para la acción (Champion y Sugg, 2008; Moreno y Gil, 2003). La susceptibilidad percibida se conceptualiza como la percepción de la vulnerabilidad a enfermarse y se asocia a la percepción subjetiva del riesgo de contraer una enfermedad, por lo cual la persona puede negar la probabilidad de enfermarse o aceptar la alta probabilidad de enfermarse. Mientras que la severidad percibida se conceptualiza como la percepción que la persona tiene respecto a la gravedad de su enfermedad para solicitar atención y cuidado (Moreno y Gil, 2003). El análisis conjunto de la susceptibilidad y la severidad percibidas da como resultado el análisis de la amenaza percibida que proporciona la fuerza para prevenir, detectar o tratar la enfermedad (Champion y Sugg, 2008). Los beneficios percibidos se conceptualizan como la efectividad de los cursos de acción para prevenir la enfermedad o recuperar la salud y se refiere que son los más importantes para generar una conducta de salud preventiva o protectora, porque se rigen bajo una serie de normas sociales y por la influencia del grupo social a la que pertenece la persona (Moreno y Gil, 2003).

Las barreras percibidas se conceptualizan como los potenciales aspectos negativos de un curso de acción específico resultando una dimensión compleja porque intervienen diversos aspectos ajenos a la persona, por lo cual ésta puede percibir los beneficios de un comportamiento específico, pero el curso de acción puede ser costoso, doloroso o inaccesible ocasionando que no se genere una conducta de salud preventiva o protectora. Las claves para la acción se conceptualizan como los aspectos que contribuyen a generar un curso de acción y pueden ser internas (síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (servicios de salud, medios de comunicación, consejos de familiares, amigos o compañeros de trabajo). Se refiere que la intensidad de las claves de acción, para generar un curso de acción específico, depende de la susceptibilidad y la severidad percibida (Moreno y Gil, 2003). La autoeficacia se conceptualiza como la confianza que la persona tiene de sí mismo para generar una conducta de salud específica y contribuye a que se consigan o no los objetivos de salud (Champion y Sugg, 2008).

Respecto a la categoría “sobrepeso u obesidad” como factor modificador socioeconómico, María declaró: “Sí (sobrepeso en la infancia), pero eso era de voluntad propia (llevar a cabo un

curso de acción), la familia no se encargaba de eso”. A través de este discurso se identificó la susceptibilidad percibida ante este factor de riesgo, aunque con una baja severidad debido al interés familiar por dicha enfermedad y también la barrera percibida en el entorno familiar, por lo cual María percibió una falta de autoeficacia personal para adoptar una conducta de salud protectora. Al respecto, Imelda expresó: “Pues...realmente no es que fuera algo cotidiano hablar de eso.... no era un tema muy común... la sana alimentación en esos tiempos...”. Sobre el discurso de Imelda se identificó la falta de clave para la acción en relación a la sana alimentación desde ámbitos familiares y comunitarios, por lo cual se percibió una barrera para adoptar una conducta de salud preventiva y protectora ante los factores modificadores socioeconómicos.

Una vez que se diagnosticó la diabetes mellitus los cursos de acción específicos que se adoptaron en menor medida fueron aquellos en los que se percibieron más barreras. Entre ellos destacó el consumo de una alimentación saludable debido a la falta de orientación alimentaria y así lo refirió María: “No,..... solo dijo (el médico) que debía disminuir la sal..... [ ]...solamente me dijo (el médico) que debería de agarrar las cosas con más calma”. El otro curso de acción que no se adoptó fue la práctica de actividad física por percibirse la barrera de la edad y la falta de autoeficacia y así lo expresó Imelda: “No, (a la práctica de actividad física) ... ¿Ya a mi edad?...yo (antes) era el sustento de los de mi casa en gran parte, por lo que nunca tuve tiempo para hacer algo que no fuera trabajar”. Por consecuencia, el principal curso de acción adoptado por todas las mujeres fue el consumo de medicamento para el tratamiento médico de la diabetes mellitus por percibirse menos barreras para adoptar esta conducta protectora de salud.

En relación con la categoría “tabaquismo” como factor modificador socioeconómico María mencionó: “Sí, mi madre fumaba, aproximadamente 6 cigarros diarios...para disminuir el estrés...nomás por eso”. Es así como se identificó la susceptibilidad a padecer una enfermedad crónico-degenerativa, aunque no se percibió la severidad de la misma porque se percibieron barreras que mantuvieron la creencia de que los cigarros ayudaban a disminuir el estrés de la vida cotidiana, observándose también la falta de clave para la acción en el ámbito familiar para adoptar una conducta de salud preventiva y protectora para eliminar la práctica del tabaquismo pasivo y tabaquismo activo. Cuando se diagnosticó la diabetes mellitus el curso de acción específico del que se percibió una menor barrera fue el consumo de medicamentos para controlar la enfermedad y así lo expresó María: el doctor me dijo que tengo que mantenerme más relajada, seguir trabajando y tomando el medicamento”, por lo cual mantuvo la práctica del tabaquismo activo.

Por lo que se refiere a la categoría de “predisposición genética” como factor de riesgo de la diabetes mellitus Inés manifestó: “Sí, mi padre la padecía, pero él desde joven”. Es así que se percibió la susceptibilidad de la diabetes mellitus, aunque la baja severidad de la misma estuvo sujeta a la creencia de la edad del diagnóstico, por lo cual se percibió una barrera para realizar el diagnóstico oportuno de la enfermedad y para adoptar una conducta de salud preventiva. Mientras tanto, Magda refirió: “Sí (yo consumo de medicamentos), pero (mi padre) no se cuidó.... lo llevaban al médico, le recordaban los horarios de sus medicamentos...pero no (no se cuidó)”. Por consecuencia, se identificó la susceptibilidad de diabetes mellitus, aunque la baja severidad de la misma estuvo en función a la creencia del interés por el control de la enfermedad desde la infancia. Derivado del diagnóstico de la diabetes mellitus en su etapa adulta el curso de acción adoptado por Magda fue el consumo de medicamentos por percibir

menos barreras y una mayor autoeficacia en este curso de acción y así lo mencionó: “Sí, (el médico me dijo) que debo seguirlos (consumirlos) para que la glucosa en sangre baje...para no sentirme cansada o decaída”.

En cuanto a la categoría “hijo con macrosomía fetal como factor de riesgo de la diabetes mellitus” Maribel explicó: “Mi embarazo, en el último, ahí fue cuando me dio la diabetes. Cuando tenía como siete meses de embarazo y me sentía más cansada de lo normal que, con mis dos embarazos anteriores, gracias a Dios el doctor se dio cuenta, me dijo que era eso (diabetes mellitus), que a lo mejor se me quitaba, pero no, no se me quitó, después yo seguí con esta enfermedad...tenía la esperanza que después de que naciera mi hijo se me quitara, porque me decían que era una enfermedad muy fea, pero no, no se quitó”. De esta manera, se percibió la susceptibilidad de padecer esta enfermedad crónico-degenerativa, aunque la baja severidad de la misma se relacionó a la creencia de que el incremento de la glucosa sanguínea podría ser temporal. Por consecuencia, se percibió una barrera y una baja autoeficacia para adoptar una conducta de salud preventiva durante la etapa de embarazo en función conservar la salud del hijo en etapa de gestación. Cuando se concluyó el embarazo y se diagnosticó la diabetes mellitus de forma permanente el curso de acción adoptado por Maribel fue el consumo de medicamentos y así lo mencionó: “No me fue difícil comenzar (el tratamiento con medicamentos)... mi hijo estaba chiquito, recién nacido, y yo sabía que necesitaba a su mamá, sino ¿quién me lo iba a cuidar?...[ ]..sí, me dijo (el doctor) que tenía que tomar mis medicamentos aunque no me sintiera mal....por eso yo pienso que son los medicamentos (que controlan la enfermedad)”.

## Discusión

Diversos estudios han detectado que el sobrepeso y la obesidad son estados nutricionales asociados a la diabetes mellitus, especialmente si estos estados nutricionales se presentan en etapas tempranas de la vida porque tienden a persistir hasta la etapa adulta o la vejez haciendo que la persona sea más susceptible a desarrollar diabetes mellitus ya sea en la etapa de juventud o en la etapa adulta (DOF, 2018; [Raymond, J. y K. Morrow](#)). Al respecto, todas las mujeres que mencionaron haber vivido sobrepeso u obesidad, ya sea en su niñez o en su etapa adulta, percibieron la susceptibilidad de padecer diabetes mellitus en algún momento de la vida; sin embargo, las mujeres no percibieron la severidad (gravedad) de la enfermedad por una creencia: el interés familiar por dicha enfermedad.

Las mujeres percibieron que una enfermedad no era tan grave cuando no existía una integración de todos los miembros de la familia para tratar dicha enfermedad de manera que la falta de interés familiar para prevenir la diabetes mellitus se percibió como una barrera que evitó percibir los beneficios de las conductas de salud preventivas evitar la diabetes mellitus en el conjunto familiar. Es así que esta creencia confirmó lo mencionado por Moreno y Gil (2003) que refieren que percibir la susceptibilidad de la enfermedad y percibir una baja severidad de la misma se asocia a una disposición débil para prevenir la enfermedad. Al momento que se realizó el diagnóstico de la diabetes mellitus el curso de acción que llevaron a cabo todas las mujeres fue el consumo de medicamento para controlar la enfermedad.

La conducta de salud protectora del consumo de una alimentación saludable se registró en menor medida, así como también la práctica de actividad física. Estos hallazgos se relacionan a lo encontrado por Lazo y Durán (2019) quienes refieren que en la mayoría de los casos el consumo de una alimentación saludable y la práctica de actividad física se percibe como un apoyo y no como una de las principales estrategias del tratamiento integral para el control de la diabetes mellitus.

La práctica del tabaquismo activo y pasivo tomó relevancia como problemática social cuando diversos estudios señalaron que el consumo de tabaco se asociaba al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y también de diabetes mellitus porque se detectó que el tabaco disminuye la sensibilidad de los receptores de la insulina, generándose así una resistencia a la glucosa (Lugones, 2006). Al respecto, una mujer adulta mayor percibió la susceptibilidad a desarrollar una enfermedad crónica por experimentar el tabaquismo pasivo desde la niñez y practicar el tabaquismo activo desde la adolescencia; sin embargo, no percibió la severidad de desarrollar una enfermedad crónica porque el tabaquismo se asoció a una creencia: “los cigarros ayudaban a disminuir el estrés de la vida cotidiana”. Es preciso señalar que cuando la mujer vivió su etapa de infancia (finales de la década de los años 50 del siglo pasado), al tabaco se le atribuían posibles efectos terapéuticos y, por consiguiente, la severidad de desarrollar diabetes mellitus se minimizó. Se refiere que la identidad social del tabaquismo de esa época estuvo influenciada por el proceso de industrialización, por lo cual la industria tabacalera generó diversas estrategias que otorgaban un valor agregado al tabaco, así por ejemplo, que su consumo traía beneficios para la salud por ser un relajante natural (Lanas y Serón, 2012).

Como resultado, esta creencia sobre el consumo del tabaco generó una barrera que ocasionó que la mujer adulta mayor mantuviera la práctica del tabaquismo a través de los años considerándose que no era necesaria la adopción de conductas de salud preventivas como la detección temprana de enfermedades cardiovasculares incluyendo la diabetes mellitus. Esta experiencia de vida mostró que la susceptibilidad de padecer una enfermedad crónica, se percibe cuando se practica el tabaquismo; no obstante, la severidad de desarrollar estas enfermedades estuvo sujeta a la creencia de que los cigarros ayudaban a disminuir el estrés de la vida cotidiana.

Asimismo, la baja severidad de desarrollar diabetes mellitus se asoció a sentimientos que reflejaron negación a la enfermedad y sobre todo dependencia al tabaco para evitar experimentar ansiedad, insomnio y nerviosismo por dejar de fumar. Por consiguiente, los primeros síntomas de la diabetes mellitus no lograron que la mujer adulta mayor generará un curso de acción para detectar a tiempo la enfermedad (Champion y Sugg, 2008). Así mismo es interesante comentar que una vez que se realizó el diagnóstico de la diabetes mellitus la principal conducta de salud protectora fue el consumo de medicamentos sin modificar la práctica del consumo de tabaco.

El principal factor de riesgo hereditario para desarrollar diabetes mellitus es la predisposición genética y se detecta en la consulta clínica cuando una persona refiere que un familiar de primer grado, esto es, un padre, hermano o hijo, ha sido diagnosticado con esta enfermedad (DOF, 2018; Raymond, J. y K. Morrow). Al respecto, las mujeres que mencionaron que sus respectivos padres habían sido diagnosticados con diabetes mellitus cuando ellas vivían su etapa de niñez percibieron la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida. Sin embargo, las mujeres percibieron una baja severidad de la diabetes mellitus con

respecto a sus respectivos padres porque la severidad de esta se asoció a dos creencias: la edad del diagnóstico y el interés por el control de la enfermedad.

Respecto a la primera creencia relacionada con la edad en que se realizó el diagnóstico, se consideró que la diabetes mellitus tenía una mayor severidad cuando los síntomas se manifiestan en etapas tempranas de la vida. Esta creencia ocasionó que las mujeres no percibieran los beneficios de una detección temprana de la diabetes mellitus en el conjunto familiar, por lo cual no se llevó a cabo un curso de acción para prevenir la enfermedad.

En cuanto a la creencia del interés por el control de la enfermedad, las mujeres percibieron que la diabetes mellitus tenía una mayor severidad cuando no existía un control de la enfermedad, es así que esta creencia ocasionó que se percibieran los beneficios de la adherencia al tratamiento; sin embargo, también ocasionó una barrera para la detección temprana de la enfermedad cuando se presentaron los primeros síntomas por considerar que esta enfermedad genética se iba a manifestar en algún momento de la vida.

Estas experiencias de vida mostraron que la susceptibilidad de padecer diabetes mellitus se percibe cuando un familiar cercano padece la enfermedad; no obstante, la severidad de la enfermedad está sujeta a diferentes creencias como la edad del diagnóstico o el interés por el control de la enfermedad. Asimismo, la percepción de una baja severidad de la diabetes mellitus se asoció a sentimientos que evidenciaron el rechazo a la enfermedad y la negación a la detección temprana. Estos hallazgos se relacionan a lo encontrado por López et al. (2021) que indican que el rechazo a una enfermedad se refleja en la respuesta no activa ante un problema de salud. De este modo, la presencia de los primeros síntomas de la diabetes mellitus no lograron proporcionar a las mujeres la fuerza suficiente para generar un curso de acción para detectar la enfermedad de manera oportuna (Champion y Sugg, 2008).

Cuando se diagnosticó la diabetes mellitus el principal curso de acción que realizaron las mujeres entrevistadas fue el consumo de medicamentos por percibir que los mismos controlan mejor la enfermedad. Estos hallazgos confirman lo mencionado por Peralta (2006) que refiere que el personal de salud destina una mayor cantidad de tiempo en proporcionar conocimientos y aprendizajes sobre el consumo de medicamentos para controlar la diabetes mellitus y debido a ello se percibe una mayor confianza en esta estrategia de salud.

Diversos estudios han detectado que el género femenino tiene un mayor riesgo de padecer diabetes mellitus debido al factor de riesgo biológico, particularmente las mujeres que tuvieron un hijo con el diagnóstico de macrosomía fetal porque esta condición se asocia a la diabetes mellitus gestacional (DOF, 2018). En este tipo de diabetes existe un incremento temporal de los niveles de glucosa sanguínea durante los últimos meses de embarazo, por lo que se espera que una vez que se concluya el embarazo la glucosa sanguínea vuelva a la normalidad. Sin embargo, se refiere que la mujer que ha vivido la diabetes mellitus gestacional tiene más probabilidad de desarrollar diabetes mellitus de manera permanente. Al respecto, las mujeres que vivieron la diabetes mellitus gestacional percibieron la susceptibilidad de padecer diabetes mellitus de manera permanente, aunque percibieron una baja severidad de la enfermedad debido a una creencia: el incremento de la glucosa sanguínea podría ser temporal.

Esta creencia propició que los procesos de reflexión se dirigieran a reprimir los sentimientos negativos (tristeza, obsesión, angustia y soledad) y negar la enfermedad durante un tiempo por la responsabilidad emocional de cuidar a un nuevo miembro de la familia que requería más

atención y cuidado. Estos hallazgos confirman lo mencionado por Valverde y Pérez (2020) que refieren que es frecuente la evasión de emociones, principalmente, las negativas cuando se vive un proceso de enfermedad crónico. Asimismo, esta creencia ocasionó una barrera para adoptar conductas de salud preventivas en el aspecto alimentario y de actividad física durante el embarazo. Estas experiencias de vida mostraron la complejidad de padecer diabetes mellitus cuando se vive un período de gestación por los cambios biológicos y hormonales que experimentan las mujeres en esta etapa de la vida. Una vez que concluyó el embarazo y se realizó el diagnóstico de la diabetes mellitus la conducta de salud protectora que se adoptó fue el consumo de medicamentos confirmándose así lo señalado por Peralta (2006) respecto a la percepción de confianza en esta estrategia de salud para controlar la enfermedad.

## Conclusiones

Los resultados de este trabajo intentaron explicar la conducta de salud de las participantes que padecen de diabetes mellitus, a través de las dimensiones del modelo de Creencias de Salud, uno de los marcos teóricos más utilizados para explicar los comportamientos de salud, a fin de generar procesos preventivos. Se subraya la susceptibilidad percibida, como una importante dimensión que debe ser considerada por los profesionales de la salud, que atienden esta enfermedad, desde el o la que niega la posibilidad de enfermarse, el o la que admite la posibilidad de que ocurra, hasta quien está convencido de estar en peligro al contraer la enfermedad. Pero la otra dimensión aún más importante y a la que debemos poner atención el personal de psicología, es la severidad percibida; ya que las creencias sobre la gravedad de contraer esta enfermedad que tantas muertes ocasiona cada año, puede contemplar además de las consecuencias sociales que merman las relaciones sociales, familiares o la capacidad para laborar; las consecuencias clínicas como la muerte, el dolor o la incapacidad, tal como lo evidencian las participantes de esta investigación, el curso de acción que va guiar el proceso de la enfermedad estará conformada por esas barreras de percepción o creencias relacionadas con la alimentación o el ejercicio por ejemplo y que deben ser tomadas en cuenta al iniciar un proceso de cambio de conducta, a manera de que exista correspondencia entre esas creencias y las acciones, pero además buscar los determinantes del contexto en el que esas creencias se generan.

La psicología es una disciplina que puede aportar soluciones en el campo de la salud y particularmente en el control de la diabetes mellitus. Las aportaciones del Modelo de Creencias en Salud constituyen un marco conceptual que permite considerar sus elementos para diseñar estrategias que pueden ser utilizadas para su prevención y tratamiento, a través de una participación multidisciplinaria con el fin de disminuir los altos índices de mortalidad derivada de esta enfermedad en nuestro país.

Reiteramos la importancia de reconocer las creencias y percepciones que los pacientes, en especial los adultos mayores tienen respecto a este padecimiento sobre todo en la adherencia a la dieta, el ejercicio, el autocuidado y autoeficacia de su condición.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

Arcos, M. y K. Peña (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento Psicológico*. 17 (2)

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.rsdm>

Ardila, E., y Rueda, J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*. 32 (2) 93-144. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/41641>

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*. 29. 182-191. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Garzón-Duque, M. y L. Salazar-Quintero. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles de población*. 97. 9-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>

Champion, V. y Sugg. C. (2008). The Health Belief Model. En: Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath K. *Health Behavior and Health Education* (págs. 45-62). Editorial Jossey-Bass.

Diario Oficial de la Federación. (DOF) (2018). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2- 2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018#gsc.tab=0)

Diario Oficial de la Federación. (2019). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*.

[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=)

Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID. Novena Edición. 2019*. [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros Multidisciplinares*. No. 16. Enero-abril. 1-11. <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/>

Fernández, P. y R. Cabello (2021). La inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, 1 (1), 31-46. <https://rieeb.iberio.mx/index.php/rieeb/article/view/5>

- Gobierno de México (2021). 14 de noviembre Día mundial de la diabetes en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20documento,m%C3%A9dico%20previo%20de%20diabetes%20mellitus.>
- Granda, J., Alemany, I., y Aguilar, N. (2018). Género y relación con la práctica de la actividad física y el deporte. *Mujer y deporte*. 132 (2) 123-141. <https://revista-apunts.com/genero-y-relacion-con-la-practica-de-la-actividad-fisica-y-el-deporte/>
- Guadarrama, R., Veytia, M., Arzate, G., Hernández, J. y J. Albitier. (2017). Actitud hacia la vejez: Estudio comparativo en mujeres Mexiquenses. *Psicología Iberoamericana*. 25 (2) 44-52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957572006>
- Gutiérrez, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*. 26 (75) 197-237. DOI: <https://doi.org/10.32870/ees.v26i75.7024.>
- Hernández, E. y P. Mancilla (2021). Confidencialidad de datos en un hospitalescuela dedicado a la investigación. *Revista Latinoamericana de bioética*. 21 (2), 41-55. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5111>
- Instituto Nacional de Geriátria (2021). Depresión *Boletín bimestral*. 2. p.22. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/boletines/Boletin-INGER-Agosto-Septiembre-2021-02.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Lanas, F., y Seron, P. (2012). Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Rev. med. clín. conde*. 26 (3) 699-705. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703711>
- Lazo, C. y S. Durán (2019). Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*. 46 (3), 352-360. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182019000300352](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000300352)
- López, D., Moreno, L., Cárdenas, L., y Martínez, A. (2021). Cultura del Autocuidado en Personas con Diabetes Mellitus, en una Comunidad Rural del Estado de México. *Salud y Administración*. 8 (22) <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/203>
- Lugones, M. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 44 (3) 1-11. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000300007&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000300007&script=sci_abstract)



- Mora, F. (2012). ¿Qué son las emociones? En: *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia* R. Bisquerra, (Coord.), 14-23. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.  
[https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros\\_6\\_cast.pdf](https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros_6_cast.pdf)
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). *El modelo de Creencias en Salud: Revisión teórica, Consideración Crítica y Propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3, (1) 91-109.  
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2022). *Enfermedades no transmisibles*. Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Peralta, C. (2006). Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Evidencias y recomendaciones. *Gobierno Federal*.  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558\\_GPC\\_Prescripcionfarmacologxca/GER\\_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologxca/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf)
- Portilla, L., Romero, M. y J. Román (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 23 (2) 199-205.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80523203.pdf>
- Raymond, J. y K. Morrow. (2021). *Krause. Mahan. Dietoterapia (15ª. ED.)*. Editorial Elsevier.
- Rodríguez-Cruz, O. y G. Rodríguez-Hernández (2020). La vida cotidiana y las emociones en los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México durante el confinamiento. *Argumentos. UAM-Xochimilco. México*. 34(96) 89-104. DOI:  
<https://www.doi.org/10.24275/uamxoc-dcsh/argumentos/2021962-04>
- Salgado, A. C. (2007). Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*. 13, 71-78.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. (2013). Encuesta Estatal de Salud y Nutrición- Nuevo León 2011/2012 (EESN-NL 2011/2012).  
[https://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/encuesta\\_salud\\_y\\_nutricion.pdf](https://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/encuesta_salud_y_nutricion.pdf)
- Valverde, B., y Pérez, B. (2020). Emociones durante la vivencia de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión. *CienciAcierta* No. 63 julio - septiembre 2020.  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc20372579#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20macrosum%C3%ADa%20fetal%20se,independientemente%20de%20su%20edad%20gestacional.>

Contribución de los Autores:

Autor	Contribución
Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz	Concepción y diseño; búsqueda bibliográfica; metodología; adquisición de datos, análisis e interpretación; redacción del artículo
Martha Leticia Cabello Garza	Concepción y diseño; búsqueda bibliográfica; metodología; análisis e interpretación de los datos; redacción del artículo; revisión del artículo.