

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Preocupaciones y temores como experiencia de vivir con diabetes tipo 2

Antonio Vicente Yam Sosa¹, Julia Alejandra Candila Celis², Aurora Sierra Canto³ y

Janet Carolina Negrón Espadas⁴.

¹Profesor. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.

²Profesor. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.

³Profesor. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.

Correo electrónico: aurora.sierra@correo.uady.mx

⁴Profesor. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.

RESUMEN

El **objetivo** del estudio es describir las principales preocupaciones y temores de un grupo de personas que viven con diabetes tipo 2 (DT2), así como las estrategias que emplean para afrontar la enfermedad. **Método:** Estudio cualitativo con alcance descriptivo. Participaron 24 personas con DT2 seleccionadas por su representatividad a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. El análisis de datos se realizó en cuatro pasos: lectura de las transcripciones y elaboración de categorías de análisis; elaboración de matrices para organizar la información; análisis y relación de la información con la categoría elaborada y descripción, discusión y contraste de los resultados. **Resultados:** *Preocupaciones y temores:* Dejar solos a la familia por problemas relacionados con la diabetes, falta de una economía y trabajo que contribuya a satisfacer necesidades básicas para vivir, complicaciones como resultado de la diabetes que origine amputaciones y depender de otra (s) personas y la muerte inevitable ante la enfermedad e incertidumbre sobre lo que pasará con sus familiares. *Control de preocupaciones:* Realizando actividades que mantengan ocupado y distraído durante el día para no pensar en los problemas, no pensar en la enfermedad o pensar positivamente, mantener comunicación con familiares y amigos, y creencia en Dios. **Conclusiones:** Considerar los temores y preocupaciones en la atención y educación en personas que viven con DT2, es una forma de abordar las

necesidades, dando oportunidad a que la persona se sienta escuchada y comprendida en el proceso de su enfermedad.

Palabras clave: Diabetes mellitus, percepción, miedo, emociones.

ABSTRACT

The aim of the study is to describe the main concerns and fears of a group of people living with type 2 diabetes (DT2), as well as the strategies they use to handle the disease. **Method:** Qualitative and descriptive study. Twenty-four patients with DT2 selected for their representative participation a semi-structured interview. Data analysis was performed in four steps: reading the transcripts and elaborating categories of analysis; Preparation of matrices to organize information; Analysis and relation of the information with the elaborated category and description, discussion and contrast of the results. **Results:** Worries and fears: Leave the family alone for problems related to diabetes, lack of an economy and work that contributes to basic needs for living, complications as a result of diabetes that causes amputations and depend on other people, and inevitable death in the face of illness and uncertainty about what will happen to their families. **Worry Control:** Doing activities that keep you busy and distracted during the day so you do not think about problems, do not think about illness or think positively, maintain communication with family and friends, and belief in God. **Conclusions:** Considering the fears and concerns in the care and education of people living with DT2, is a way to address the needs, giving the opportunity to the person to feel heard and understood in the process of their illness.

Key words: Diabetes mellitus, perception, fear, emotions.

INTRODUCCIÓN

La prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DT2) es un gran desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 347 millones de personas sufrían DT2 en 2011 y, en 2030 esto podría duplicarse si no se toman medidas eficaces¹. En el 2011, el 1.7% de las

personas diagnosticadas con diabetes presentaron complicaciones que culminaron con la muerte².

En México, la prevalencia de DT2 es de 7.5% de la población. Este indicador, posiciona a la diabetes entre las 10 principales causas de morbilidad^{3,4}. En relación con la hospitalización para tratar las complicaciones por DT2 se estima un costo del 2.6% del PIB en los próximos años⁵.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 reportó una prevalencia de 9.2%, 75% con descontrol y 28.12 % con algún tipo de complicaciones.⁶ El grupo de edad más afectado es de 40-60 años de edad.

En Yucatán, se llevó a cabo un estudio en el que los resultados reportaron que la DT2 tiene una prevalencia de 9.2% y es la primera causa de muerte con una tasa de defunciones de 4.79 por cada 100,000 habitantes⁶. En este sentido la diabetes es una enfermedad que se caracteriza por no hacer distinción entre los niveles socioeconómicos, pues puede afectar a ricos o a pobres, en zonas rurales o urbanas. Algunos estudios epidemiológicos⁷ reportan una mayor prevalencia de diabetes en áreas con mayor desarrollo económico; en contraste, datos de la declaración de las Américas sobre la diabetes, destaca que los grupos indígenas de América Latina son los que presentan una mayor incidencia y prevalencia de diabetes⁸. Lo anterior pone de relieve la urgente necesidad de escuchar a la población necesitada que vive con DT2, como es el caso de los participantes donde se realizó este estudio.

En términos conceptuales la experiencia se comprende como un tipo de conocimiento derivado de la observación o vivencias en ciertas prácticas, conocimientos y estímulos del contexto social, es un proceso continuo, coherente y particular entre los seres humanos⁹.

La experiencia implica un proceso cíclico entre el individuo, su contexto social, histórico y cultural cuyo resultado es la identidad, ya sea percibida o demostrada⁹. Para la persona con diabetes, vivir la enfermedad es una experiencia que implica

cambios permanentes y, a veces, radicales en su estilo de vida, revestida de sentimientos que se convierten en objetos significativos en la convivencia con la enfermedad y que determinan el comportamiento hacia el autocuidado. El diagnóstico de diabetes ocasiona un choque emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por la cronicidad de la enfermedad¹⁰ e involucra sentimientos y reacciones emocionales que el equipo de salud debe ser capaz de manejar y comprender¹¹.

La persona con diabetes de recién diagnóstico se angustia y preocupa por la forma en la que cree que se va a desarrollar su vida a partir de ese momento. Es frecuente que las personas con diabetes hayan tenido experiencias sobre las complicaciones de la enfermedad con sus familiares y es a través de estas vivencias que conocen un poco más acerca de su probable futuro.

La DT2 como problema de salud crónico tiene una alta probabilidad de estar acompañada de aspectos psicológicos y emocionales, tales como, las preocupaciones y los temores, incluso la familia puede ser propensa a manifestar este tipo de emociones.¹² Algunos estudiosos del lenguaje e interpretación simbólica del cuerpo han dedicado a tratar de entender el significado que tiene la DT2 en el desarrollo mismo de la enfermedad.¹³ El impacto del diagnóstico: las demandas del tratamiento que pueden poner a la persona con diabetes o a sus familiares ante situaciones que producen reacciones emocionales negativas; incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras: miedo a las hipoglucemias por las consecuencias negativas de estas, ya sean físicas, cognitivas y motoras, también las frustraciones ante niveles altos o bajos de glucemia inexplicables; cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de la vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico).¹⁴

El objetivo es describir las principales preocupaciones y temores de personas que viven con diabetes tipo 2 así como las estrategias que emplean para afrontar la enfermedad.

Se pretende aportar conocimientos sobre la experiencia de las personas que viven con diabetes y recuperar su propia voz para instrumentar lo normado en el tratamiento y control de la diabetes, así mismo evaluar en forma conjunta: Institución de salud—población programas eficientes basados en características y necesidades de la población a fin de recuperar la confianza de los usuarios y contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población en general.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos analizados corresponden a un proyecto más amplio denominado: “Significado de la experiencia de vivir con diabetes tipo 2”, proyecto realizado en la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

El abordaje cualitativo se obtuvo del análisis del discurso de 24 participantes tomando en cuenta la subjetividad que conlleva el tema y el carácter cultural del mismo.¹⁵ El proyecto original diseñó una guía de entrevista semiestructurada que fue administrada a todos los participantes que aceptaron participar en el estudio. Los participantes fueron elegidos por ser representativos de personas que viven con diabetes tipo 2 con historias importantes que contar y que tenían relación con los objetivos del proyecto principal. Se realizó en la ciudad de Tizimín, Yucatán, México, en junio-agosto de 2015. Participaron 24 personas con DT2.

La guía para entrevistas en profundidad originalmente se conforma de cinco temas; sin embargo, para los objetivos del presente estudio se seleccionaron dos temas para el análisis: ¿A usted que cosas le preocupan en la vida? y ¿Qué hace para no preocuparse o dejar de preocuparse?

Para el análisis de la información de las entrevistas se siguieron 4 pasos: 1. lectura de las transcripciones y elaboración de categorías de análisis, 2. elaboración de matrices para organizar la información, 3. análisis y relación de la información con la categoría elaborada y 4. descripción, discusión y contraste de los resultados.

La entrevista se realizó en el domicilio de cada participante en el horario y día que mejor convino al participante, buscando la oportunidad para que se sienta en confianza de expresar sus temores y preocupaciones según su experiencia de vivir con diabetes; tuvo una duración promedio de 45-60 minutos por participante en una sola sesión.

El análisis se realizó de manera manual. Para garantizar el rigor se siguieron las recomendaciones de Castillo y Vásquez.¹⁶ Primero, para el criterio de credibilidad, se presentaron los resultados a algunos participantes. Del mismo modo, fue revisado por pares académicos, con la intención de buscar explicaciones alternativas para los datos; para velar por la auditabilidad y la transferibilidad se detalló la ruta metodológica; los datos se examinaron como un todo en los resultados. Se describe lo significativo de los argumentos de los participantes. El rigor se respetó desde el inicio del proceso.

Durante la investigación se cuidaron los aspectos éticos dispuesto por la Ley General de Salud^{17,18} y declaración de Helsinki¹⁹ en los artículos para investigaciones de bajo riesgo como el respeto por los participantes, por los datos del estudio y la autonomía de la persona. Para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes, los datos se analizaron de manera global; en el momento de citar algún testimonio se hizo de manera impersonal, se consideró como “caso” según testimonio emitido por cada participante, asignando un número arábigo, género y edad. Se tuvo consentimiento informado antes de la entrevista.

RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Tizimín, Yucatán, situada en el oriente del estado a 160 Km de la capital Mérida. Participaron 24 personas que viven con DT2, los cuales fueron 18 mujeres y 6 hombres, el rango de edad fue de 40 hasta 90 años. En los resultados se observó que la muestra tuvo una edad promedio de 54 años, el diagnóstico de DT2 mayor a los 5 años y el estado civil fue de casado (a). Los participantes se clasificaron en el estatus socioeconómico de bajos ingresos, según lo señalan los criterios de la encuesta intercensal 2015²⁰; por

ejemplo, limitaciones en el acceso a la seguridad social, dificultad de empleo remunerado, carencia en la infraestructura para el desarrollo personal y social.

Las dos categorías encontradas para el análisis fueron preocupaciones en su vida y acciones que realiza para detener las preocupaciones. A continuación, se redactan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las personas que participaron en el estudio.

Categoría: Preocupaciones en su vida

En esta categoría se encontró que las respuestas de las personas se enfocaban a los sentimientos, emociones y consecuencias relacionadas con la enfermedad. La evidencia de los relatos estuvo centrada en la familia, la economía, las complicaciones y la muerte; tal y como se observa en los casos que a continuación se presentan.

“[¿Qué es lo que más le preocupa?] “Mis hijos...cosas de las mamás...mientras esté viva y con salud eso es lo que me importa nada más”. (Caso 10, Mujer, 45 años).

“...pues a veces si me siento triste porque hay muchos problemas, y ya ves que ahorita ¡toooooo está caro! y el dinero hace falta para los medicamentos por que con eso que el gobierno no da el dinero. Ahí en el Centro de Salud casi no hay los medicamentos que me deben dar”. (Caso 4, Mujer, 50 años)

“...otras cosas que me preocupa es que yo tenga alguna complicación más grande de la enfermedad y tenga que depender de otra persona para que me cuide...”. (Caso 6, Hombre de 56 años)

“Me preocupa que yo me muera pronto y que mis hijos se queden sin mamá, es algo muy difícil, yo crecí sin mamá porque ella se murió cuando yo tenía apenas 6 años, en que tenía diabetes se le complicó y por eso se murió” (Caso 2, Mujer, 52 años).

Categoría: Acciones que realiza para detener las preocupaciones.

En esta categoría los resultados demostraron que las acciones utilizadas por los participantes para controlar las preocupaciones que genera la enfermedad, están

relacionadas con convivencia familiar y/o amigos, la espiritualidad y la negación de la enfermedad. A continuación, se observan los ejemplos de los casos.

“...prefiero pasármela con mi familia y platicar con ellos, saber que los tengo para cuando necesite de ellos, me calma saber que mis hermanos están conmigo y que yo estoy para ellos...” (Caso 21, mujer, 50 años)

“..... voy a trabajar para distraerme un poco con los cuates de la chamba, paso tiempo con mis hijos los ayudo con sus tareas...” (Caso 23, Hombre, 54 años)

“Pos sé que no se solucionaran [los problemas], tarde o temprano, además que no estoy sola Dios me ayuda en todo. Él nunca nos manda algo que no podamos soportar” (Caso 10, Hombre, 45 años)

“No pienso en eso [enfermedad] trato de estar con mi viejo todo lo que pueda y ser feliz, porque si me preocupo se me sube la azúcar”. (Caso 11, Mujer, 59 años).

DISCUSIÓN

El ser humano está compuesto de sentimientos y emociones que manifiesta todo el tiempo, a través de sus pensamientos y conducta. Estas emociones se clasifican en primarias o básicas: enojo, alegría, miedo y tristeza.²¹ La condición de vivir con diabetes plantea retos en los cuales la persona tiene que adaptarse y aprender a convivir con la enfermedad y consigo mismo, en este proceso experimenta un abanico de emociones en los diferentes acontecimientos de su vida. Lo interesante de los estudios y de los resultados presentados consiste en observar que estas personas se encuentran viviendo la experiencia de la enfermedad con preocupaciones y temores, lo cual pudiera generar una carga emocional, que predispone al estrés, depresión y ansiedad.^{22,23}

Al indagar en la categoría de las preocupaciones y temores en la vida de personas con DT2, se observa que el tema nuclear es la familia, principalmente los hijos. En este sentido, la familia es el estímulo activador de las emociones. Por un lado, activa las emociones positivas que generan fuerza, alegría y entusiasmo por vivir mejor; por otro lado, estimula emociones negativas, capaces de ocasionar la experiencia del temor proyectado como pérdida, es decir, dejar a la familia por la muerte, perder

actividades familiares por la incapacidad que ocasionan las complicaciones de la enfermedad, abandonar la autonomía y ser una carga para los hijos.

Algunos autores señalan que el cuerpo y la mente se manifiestan en síntoma y lenguaje.^{12,24} Existe un discurso que acompaña a la persona que vive con DT2, en función a los hallazgos encontrados en los discursos se puede decir que la soledad acompaña a la diabetes y por ende a la persona que tiene esta enfermedad. Inicia con la preocupación y temor de perder a la familia o de perderse de las actividades que disfrutaba antes de la enfermedad, por ejemplo, una comida familiar. Por otro lado, la prescripción médica confirma la preocupación de pérdida, lo primero que pierde es la posibilidad de comer alimentos dulces, restricciones en la dieta alimenticia que muchas veces son sinónimo de convivencia familiar. Este fenómeno da paso a las emociones negativas, miedo, enojo y tristeza, prepara el terreno de la soledad y el círculo vicioso, se alimentan emociones negativas que a su vez aumenta la experiencia de preocupación. Para la persona que vive con DT2 las preocupaciones giran en torno a los sentimientos y emociones que tienen con sus seres queridos, lo que antes disfrutaban hoy les preocupa por que lo pueden perder, así como perdieron la salud y el goce por la comida.^{24,25}

El estudio demostró que otra de las preocupaciones de las personas con diabetes es la economía, es decir, el dinero para sostener el tratamiento farmacológico y seguimientos médicos que implica el tratamiento de la enfermedad. En relación a la familia, los hallazgos del estudio señalan el impacto que tiene la enfermedad en la dinámica familiar, desde la perspectiva de la persona con DT2 presenta dificultades para ir a trabajar, para seguir con un ritmo laboral como el que tenía anterior al diagnóstico de la enfermedad, esto genera que los ingresos para el sostenimiento de la familia se vean afectado. Contrario a lo anterior, en el estudio se resalta la preocupación económica por que las personas entrevistadas destinan una parte importante de dinero para sus medicamentos y control médico. Se percibe en el discurso una falta de credibilidad y soporte por parte de las instituciones gubernamentales que ofrecen el servicio de salud.

Es preocupante el desabasto en el sistema de salud de nuestro país y la inercia clínica de los profesionales de la salud en el tratamiento de la diabetes²⁶, lo que dificulta los esfuerzos a atender estas necesidades y que ponen en riesgo la salud de las personas, al verse en la necesidad de abandonar su tratamiento por falta de recursos económicos. Otro círculo vicioso que acompaña la enfermedad y que la deja en el camino de la soledad a la persona es lo limitado de los recursos económicos para atender la enfermedad, lo que trae como consecuencia el abandono del tratamiento, la aparición de complicaciones, y por último la generación de un mayor costo para el sistema de salud.²⁷

La pérdida por las complicaciones de la enfermedad es otra preocupación a la que se enfrentan las personas del estudio. No se encontró que tuvieran miedo por lo desconocido en el proceso de la enfermedad como señalan otras investigaciones²⁵, sino que esas complicaciones son interpretadas como la pérdida de la autonomía e independencia. Uno de los hallazgos del estudio es que las personas entrevistadas sienten mucha preocupación cuando piensan en que las complicaciones de la enfermedad los puede dejar vulnerables con la amputación, pérdida de la visión o fallo renal. Les preocupa depender de un sistema de salud que no resuelve la necesidad de medicamentos básicos, mucho menos responderá al tratamiento de la complicación; el haber visto en personas cercanas que han vivido con la enfermedad, que cuando surge la complicación la familia se desgasta física y emocionalmente y que ellos no pueden hacer algo por que son los que están en convalecencia.^{25,28}

Al escuchar los testimonios de los participantes sobre la pérdida, permite hacernos una idea de que vivir con la diabetes plantea retos sobre la desesperanza y desolación que se vive en el camino de esta enfermedad para adaptarse y aprender a vivir con la enfermedad y consigo misma, hasta llegar a la preocupación principal que es la muerte, sobretodo la anticipada. El estudio presenta algunos argumentos sobre la angustia ante la muerte, se centra en que la consideran anticipada y que eso probablemente les lleve a no haber completado la preparación suficiente para dejar amparada a su familia y a sus seres queridos. Como señalan otros autores la

preocupación ante la muerte es algo natural en todo ser humano, pero cuando una persona con DT2 piensa en la muerte, lo lleva a la angustiante experiencia de sentir que su enfermedad le está restando años de vida.²⁸

Respecto a la categoría sobre lo que hacen las personas con DT2 para afrontar las preocupaciones generadas por la enfermedad, el estudio demostró que las formas de afrontamiento se relacionan con otros estudios, es decir, realizan actividades y acciones dirigidas a incrementar la convivencia y el disfrute familiar.²⁹

Otra de las formas con las que afrontan la enfermedad es a través de la espiritualidad³⁰, aumentando sus horas de oración, las visitas a la iglesia o templo, participando en actividades convocadas por la comunidad religiosa y sintiendo que recurren a la deidad con más frecuencia que antes del diagnóstico. Estas actividades les ayudan a afrontar con valor y esperanza la enfermedad. Sería interesante estudiar y explorar las consecuencias que tiene la espiritualidad en el automanejo exitoso de la enfermedad o bien, en la experiencia de control y calidad de vida. Actualmente se escribe acerca de la inteligencia espiritual, valdría la pena incluirla en futuras investigaciones para conocer cómo se vive la espiritualidad en las personas con DT2 que viven en contextos similares a los participantes de este estudio.

Por último, las acciones que las personas realizan para enfrentarse o afrontar la enfermedad, en su mayoría utiliza la negación como mecanismo de defensa.³¹ Lo utilizan para negar la conciencia de la enfermedad. Esto puede ser una de las razones por las que abandonan el tratamiento o simplemente se niegan a aceptarlo. La mayoría de los estudios abordan el tema del optimismo lo cual resulta muy importante a la hora de realizar programas de intervención, sin embargo, parece que antes de realizar un plan de intervención habría que trabajar en aspectos emocionales que sostienen la negación, debido a que mientras este mecanismo de defensa este activado, difícilmente la persona tomará conciencia de la enfermedad y apego al tratamiento; ya que precisamente la función de este mecanismo es alejar al individuo de la realidad para evitar la angustia que provoca la misma.

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en la experiencia vivida por las personas con diabetes 2, según sus temores y preocupaciones, están relacionados con los sentimientos y emociones de la enfermedad. Sienten preocupación por su familia, de la situación económica y de las complicaciones que pueden tener en el camino de esta enfermedad.

Una aportación interesante en este estudio es que a las personas que viven con DT2 les preocupa el desabasto en el sistema de salud de nuestro país. No hay recursos para atender la enfermedad, el paciente abandona su tratamiento, se presentan las complicaciones y se genera un mayor costo para el sistema de salud. Es necesario realizar investigaciones que alimenten las políticas públicas en el área de la salud, y que estas investigaciones generen recursos y soluciones para cambiar la realidad que tienen aquellos que asisten a los sistemas de salud públicos.

Las personas son las que mejor saben acerca de su realidad y de cómo viven la enfermedad. Por consiguiente, es necesario desarrollar investigación en la comunidad con el fin de diseñar intervenciones desde cada realidad y de forma individual, aunque el programa sea institucional o colectivo. Para esto es necesario escuchar a los que realmente saben el verdadero significado de vivir con la enfermedad, la persona, quien atraviesa por un proceso largo y duro durante el cual se produce una lucha interna entre los deseos y la realidad en el proceso de aprender a convivir con la enfermedad y consigo misma.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Health Topics. 10 Data about Diabetes. [Internet] 2014 [consulta 8 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/index.html>
2. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization, Geneva. 2011
3. Hernández-Ávila M y Cols: Salud Pública Mex, No.55, S129-S136, 2013

4. Villalpando, S., De la Cruz, V., Rojas, R., Shama-Levt, T., Avila, M.A., Gaona, B., et al. (2010) Prevalence and Distribution of Type 2 Diabetes Mellitus in Mexican Adult Population. A Probabilistic Survey. *Salud Pública de México*, 52, S19-S26.
5. Arrendondo, A. and De Icaza, E. Financial Requirements for the Treatment of Diabetes in Latin America: Implications for the Health System and for Patients in Mexico. *Diabetología*, 2009, 52, 1693-1695.
6. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012
7. Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Publica Mex*, 2007; 49, 331-337.
8. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción (traducción al castellano OPS), Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington, D. C. 2004
9. Greenberg L, Rice L, Elliot R. Facilitating Emotional Change: the moment-by-moment process. New York: Guilford Press; 1993: 58-63
10. Silva-de Faria AP, Bellato R. A vida com diabetes de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* [internet] 2009; 43 (4):752-9 [consulta 23 Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>.
11. Siqueira-Péres D, Franco LJ, Dos Santos MA. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Rev Latino-Enfermagem*. 2008;16(1):101-8.
12. Chiozza L. (2008). Medicina y psicoanálisis: indagaciones sobre la relación entre el cuerpo y el alma. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
13. Ledesma-Delgado ME, Oros-Elizarraras E, Ávila-Sansores GM, Ruvalcaba-Palacios G. Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(2):85-92.

14. Machado A, Anarte M, Ruiz M. Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, clínica y salud, Colegio Oficial de Psicólogos, 2010, Madrid, España; 21(1):35-47.
15. Polit, D, Hungler B. Nursing Research: Principles and Methods. (7° th). New York: Cambridge University Press. 2014. p.570-579
16. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med [internet] 2003; 34:164-7 [consulta 20 agosto 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1OXokfk19>
17. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet] [Consulta 28 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
18. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [internet] [Consulta 28 Julio 2015]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
19. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. [internet] 2008 [consulta 29 Julio 2015]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
20. Instituto Nacional de estadística geografía e informática. Resultados conteo 2015 [Internet] [consulta 15 diciembre 2015]. Disponible en: www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales
21. Jack R, Garrod O and Schyns P. Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. 2014. Current Biology, 24, 187-192.
22. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B y Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan. 2012;12(2):134-143
23. Siqueira-Péres D, Franco LJ, Dos Santos MA. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. Rev Latino-Enfermagem. 2008; 16(1):101-8.
24. Dethlefsen, H. y Dahlke, R. La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades. Mexico: De bolsillo, 2014

25. Tejada LM, Grimaldo B, Maldonado O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Rev Salud Publ y Nut. UANL [internet] 2006. 7(1). “Una sola página” [consulta 4 Enero 2016]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepciones_diabetes.htm
26. Norma Oficial Mexicana. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus [internet], (Consulta 21 Mayo 2016) Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
27. Arredondo A. Diabetes golpea economía familiar. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [internet] 2011 [consulta 15 Septiembre 2015] Disponible en: <http://www.informador.com.mx/mexico/2011/294397/6/diabetes-golpea-economia-familiar.htm>
28. Rivera G. ¿Por qué tienes miedo a la muerte? Salud Natural. [internet]. 2014 [consulta 23 Agosto 2015]. Disponible en: <http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/656360/por-que-tienes-miedo-muerte/>
29. Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus. Psicología y salud [internet] 2007. 17 (2): 229-240. [consulta 18 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf>
30. Newlin, K., Melkus, G., Tappen, R., Chyun, D. y Koenig, H. Relationships of religion and spirituality to glycemic control in black women with type 2 diabetes. 2008. Nursing Research, 57 (5), 331-339.
31. Petrie K and Weinman J. Patients’ Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health Care. Current Directions in Psychological Science; 2012, 21(1) 60 –65