Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

VIVIR ENTRE LA AMENAZA Y EL CONTROL: EXPERIENCIA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN EL IMSS. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO INTERPRETATIVE

LIVING BETWEEN THREAT AND CONTROL: THE EXPERIENCE OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES AT THE IMSS. AN INTERPRETIVE PHENOMENOLOGICAL STUDY

Silvia María Guadalupe Garrido Pérez
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

María Isabel Avalos García
Secretaría de Salud de Tabasco, México

Eduardo Contreras Pérez
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Rosario Zapata Vázquez
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Jorge Iván Martínez Pérez
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Joshua Maximiliano Acosta López
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

Jesús Mauricio Muñoz Camacho
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5.26431

Vivir entre la Amenaza y el Control: Experiencia de Personas con Diabetes Tipo 2 en el IMSS. Estudio Fenomenológico Interpretative

Silvia María Guadalupe Garrido Pérez[1]
silvia.garrido@imss.gob.mx
https://orcid.org/0000-0001-8545-7963
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

María Isabel Avalos García
isaavalos67@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-0115-4231
Secretaría de Salud de Tabasco
México

Eduardo Contreras Pérez
eduardo.contrerasp@imss.gob.mx
https://orcid.org/0009-0008-3577-7166
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Rosario Zapata Vázquez
rosario.zapata@imss.gob.mx
https://orcid.org/0000-0001-8425-0522
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Jorge Iván Martínez Pérez
jorge.martinezp@imss.gob.mx
https://orcid.org/0009-0005-7275-9117
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Joshua Maximiliano Acosta López
192e75347@alumno.ujat.mx
https://orcid.org/0009-0009-3266-0381
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
México

Jesús Mauricio Muñoz Camacho
jesus.munoz@edu.uag.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

[1] Autor principal
Correspondencia: silvia.garrido@imss.gob.mx

RESUMEN

Introducción: Vivir con diabetes tipo 2 implica mucho más que sostener metas glucémicas: exige interpretar una enfermedad crónica, reorganizar la vida cotidiana y negociar de manera continua con el tratamiento, la familia, el trabajo y el sistema de salud. Objetivo: Comprender la estructura de la experiencia vivida de personas con diabetes tipo 2 atendidas en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco, México, a partir de sus pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos ante la enfermedad y su tratamiento. Material y métodos: Estudio cualitativo con diseño fenomenológico interpretativo de orientación hermenéutica. El corpus final estuvo constituido por 27 entrevistas semiestructuradas; 16 participantes fueron mujeres y 11 hombres, con edad media de 57.2±14.7 años (rango 25–84). El análisis, apoyado por ATLAS.ti versión 23, integró lectura y relectura, anotaciones descriptivas, lingüísticas y conceptuales, construcción de unidades de significado, análisis idiográfico, comparación entre casos, búsqueda de casos divergentes y triangulación analítica. Resultados: La esencia fenomenológica fue vivir en una tensión cotidiana entre amenaza y control. Emergieron seis temas interrelacionados: diagnóstico como ruptura biográfica mediada por memoria familiar; cuerpo vulnerable ante una enfermedad silenciosa; trayectoria emocional no lineal; paradoja del tratamiento entre carga y continuidad; reorganización de la vida cotidiana; y redes de sostén y contexto estructural. La adherencia se vivió como negociación dinámica y el estigma fue heterogéneo, con autoculpa, anticipación de juicio y experiencias interpersonales ocasionales. Conclusiones: La diabetes tipo 2 reconfigura cuerpo, identidad, relaciones, trabajo y vida cotidiana. La atención centrada en la persona debe integrar educación para el autocuidado, valoración del malestar emocional y del miedo a complicaciones, participación familiar, sensibilidad cultural y espiritual, comunicación no estigmatizante y atención de barreras laborales e institucionales.

***Palabras clave*:** diabetes tipo 2, fenomenología, experiencia vivida, adherencia al tratamiento, apoyo social

Living Between Threat and Control: The Experience of People With Type 2 Diabetes at the IMSS. An Interpretive Phenomenological Study

ABSTRACT

Background: Living with type 2 diabetes involves more than achieving glycemic targets; it requires interpreting a chronic condition, reorganizing daily life, and continuously negotiating treatment, family, work, and health-care demands. Objective: To understand the structure of the lived experience of people with type 2 diabetes receiving care at a Mexican Social Security Institute primary care unit in Tabasco, focusing on thoughts, feelings, emotions, attitudes, and behaviors related to the disease and its treatment. Methods: Qualitative study with an interpretive phenomenological, hermeneutic orientation. The final corpus comprised 27 semi-structured interviews; 16 participants were women and 11 were men, with a mean age of 57.2±14.7 years (range 25–84). Analysis, supported by ATLAS.ti version 23, involved repeated reading, descriptive, linguistic and conceptual noting, development of meaning units, idiographic analysis, cross-case comparison, attention to divergent cases, and analytic triangulation. Results: The phenomenological essence was a daily tension between threat and control. Six interconnected themes were identified: diagnosis as a biographical rupture shaped by family memory; inhabiting a vulnerable body; a non-linear emotional trajectory; the treatment paradox between burden and continuity; reorganization of everyday life; and networks of support and structural context. Adherence was experienced as dynamic negotiation, while stigma was heterogeneous, including self-blame, anticipated judgment and occasional interpersonal experiences. Conclusions: Type 2 diabetes reshapes embodiment, identity, relationships, work and daily life. Person-centered care should integrate self-management education, psychosocial assessment, family involvement, culturally and spiritually sensitive communication, anti-stigma approaches, and strategies addressing occupational and health-system barriers.

***Keywords*:** type 2 diabetes, phenomenology, lived experience, treatment adherence, social support

Artículo recibido 15 agosto 2026
Aceptado para publicación: 22 septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 constituye uno de los principales desafíos contemporáneos para los sistemas de salud. La undécima edición del Atlas de la Federación Internacional de Diabetes estimó que aproximadamente 589 millones de adultos de 20 a 79 años vivían con diabetes en 2024; para México se estimaron 13.6 millones de adultos y una prevalencia estandarizada por edad de 16.4%, situándolo entre los países con mayor carga absoluta de la enfermedad (International Diabetes Federation, 2025).

El manejo clínico de la diabetes es continuo y trasciende la prescripción farmacológica. Las recomendaciones actuales enfatizan atención centrada en la persona, toma compartida de decisiones, educación y apoyo para el autocuidado, identificación de determinantes sociales y valoración sistemática del bienestar psicosocial (American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes [ADA PPC], 2026a, 2026b). Estas recomendaciones son especialmente pertinentes cuando el plan terapéutico debe incorporarse a rutinas familiares, obligaciones laborales, condiciones económicas, creencias y experiencias previas con los servicios de salud.

La investigación cualitativa reciente muestra que el autocuidado de la diabetes tipo 2 es un proceso fluctuante, relacional y emocionalmente demandante. Un estudio fenomenológico interpretativo realizado en Gales describió que el automanejo está atravesado por motivación, relaciones sociales y restricciones estructurales, cuestionando modelos centrados exclusivamente en “cumplimiento” (Kaur et al., 2025). En México, un estudio etnográfico reciente documentó que género, trabajo, cuidados familiares y barreras económicas modifican la experiencia del diagnóstico, tratamiento y control; de forma complementaria, una investigación en atención rural mexicana mostró la relevancia de modelos de atención que reconozcan la experiencia del paciente y favorezcan relaciones más colaborativas con los servicios de salud (Arrieta-Canales et al., 2023; Heredia-Pi et al., 2025).

Desde la fenomenología, la enfermedad crónica puede comprenderse como una experiencia situada que reorganiza corporalidad, temporalidad, relaciones y proyectos de vida. El marco teórico-metodológico de este estudio retoma la tradición hermenéutica de Martin Heidegger y los principios del análisis fenomenológico interpretativo (IPA) desarrollados por Smith, Flowers y Larkin. La literatura metodológica contemporánea subraya que una investigación fenomenológica debe mantener congruencia entre la lente filosófica, la pregunta, la entrevista, la reflexividad y el modo de

interpretación, evitando reducir la experiencia a una simple clasificación temática (Lee et al., 2023; Öhlén y Friberg, 2023; Rana et al., 2023).

En el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) persiste la necesidad de documentar de manera profunda cómo las personas significan la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado dentro de su vida cotidiana. La pregunta que orientó este estudio fue: ¿cómo se estructura la experiencia vivida de las personas con diabetes tipo 2 atendidas en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS? El objetivo fue comprender esa experiencia a través de sus pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos ante la enfermedad y el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y orientación epistemológica

Se realizó un estudio cualitativo con diseño fenomenológico interpretativo de orientación hermenéutica. Se partió de que la experiencia no se presenta como un objeto neutro, sino como una vivencia situada cuyo significado emerge de la relación entre biografía, corporalidad, temporalidad, vínculos y contexto. La interpretación se inspiró en el análisis fenomenológico interpretativo de Smith, Flowers y Larkin y en la tradición heideggeriana del ser-en-el-mundo, privilegiando la lectura idiográfica de cada caso antes de construir patrones transversales (Lee et al., 2023; Öhlén y Friberg, 2023; Rana et al., 2023).

Contexto, selección y participantes

El estudio se desarrolló en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Villahermosa, Tabasco, México, en el contexto de atención a personas con diabetes tipo 2. Las entrevistas se realizaron en un espacio privado de la unidad, acondicionado para preservar confidencialidad y comodidad, durante el periodo de trabajo de campo de 2025 consignado en el manuscrito.

Se empleó muestreo intencional. Los posibles participantes fueron invitados entre personas con diabetes tipo 2 que acudían a control en la unidad y aceptaban participar voluntariamente, previo consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 con al menos un año de evolución, edad igual o superior a 18 años, tratamiento activo, derechohabiencia del IMSS, capacidad para comunicarse en español y aceptación voluntaria mediante consentimiento informado.

Se excluyeron personas con deterioro cognitivo evidente, diabetes tipo 1, diabetes gestacional, descompensación aguda al momento de la entrevista o imposibilidad para sostener la entrevista.

La matriz inicial contenía 30 registros. Durante la conciliación definitiva entre datos sociodemográficos y transcripciones, 27 registros contaban con transcripción final y correspondencia inequívoca; tres no pudieron incorporarse porque sus transcripciones no estaban disponibles. No se realizó imputación, reconstrucción ni sustitución de narrativas ausentes. El corpus analítico definitivo fue, por tanto, n=27. La suficiencia del corpus no se expresó como un cálculo cuantitativo. Se valoró mediante adecuación de datos, poder de información, especificidad de la muestra, riqueza del diálogo, soporte teórico, estrategia analítica y estabilidad de la estructura fenomenológica entre casos, criterios actualmente recomendados para justificar el tamaño de muestras cualitativas (Hsu et al., 2026; Roberts et al., 2026). Las entrevistas ampliaron matices sobre espiritualidad, carga laboral, fatiga terapéutica, apoyo y estigma, sin alterar el núcleo estructural del fenómeno.

Técnica de recolección y preparación del corpus

La técnica de recolección fue la entrevista fenomenológica semiestructurada. El guion, elaborado a partir del protocolo, literatura y revisión de expertos, incluyó una prueba piloto con dos pacientes y exploró: trayectoria de la enfermedad; pensamientos sobre diabetes y tratamiento; sentimientos y emociones; actitudes y comportamientos; adherencia y autocuidado; apoyos; percepción de gravedad; estigma; y sugerencias para mejorar el manejo.

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, con duración aproximada de 45 a 60 minutos, registradas en audio digital con autorización y transcritas de forma textual. El perfil del entrevistador se mantuvo constante durante el proceso. Se realizó devolución de transcripciones a tres participantes para verificar precisión. Parte de las transcripciones disponibles provenía de reconocimiento automático de voz; antes del análisis se efectuó depuración mínima de segmentación, puntuación y errores evidentes cuando el contexto permitía reconstruir inequívocamente la expresión, sin modificar el contenido semántico. En las citas se utilizaron corchetes o elipsis únicamente para favorecer legibilidad.

Equipo investigador y reflexividad

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora responsable, Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, médica y Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud. El equipo investigador contó con experiencia en proyectos de investigación en salud y con participación de integrantes con

experiencia en estudios cualitativos. Antes de iniciar cada entrevista se explicó a los participantes el propósito del estudio y el interés del equipo por comprender sus pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos ante la diabetes tipo 2 y su tratamiento.

Análisis cualitativo

El análisis se realizó con apoyo de ATLAS.ti versión 23 como herramienta para organizar el corpus, codificar fragmentos, recuperar citas y mantener trazabilidad. El software no sustituyó la interpretación. Se siguieron seis momentos articulados: lectura y relectura de cada entrevista; anotaciones descriptivas, lingüísticas y conceptuales; construcción de unidades de significado y temas emergentes; búsqueda de conexiones y agrupaciones; análisis idiográfico y comparación entre casos; e integración final de la estructura fenomenológica.

Operativamente se utilizó codificación abierta y agrupación relacional de códigos, equivalente a una organización axial de relaciones, como recurso de manejo del corpus y no como procedimiento de teoría fundamentada. El análisis formal fue realizado por dos investigadoras (SMGGP y MIAG). Se elaboraron memos analíticos y se realizaron reuniones semanales del equipo para discutir interpretaciones, revisar la correspondencia entre citas, códigos y temas, y evitar que la frecuencia numérica sustituyera la relevancia fenomenológica. La relación entre códigos, subtemas y temas se sintetizó en la estructura fenomenológica presentada en la Tabla 2.

Se prestó atención deliberada a casos negativos o disconfirmatorios. Por ejemplo, frente a participantes que vivieron el diagnóstico como shock se conservaron relatos donde el diagnóstico era esperado por la historia familiar; frente a la aparente ausencia de estigma se mantuvieron narrativas de autoculpa, anticipación de juicio y una experiencia explícita de trato despectivo. Esta estrategia permitió conservar heterogeneidad y evitar una estructura artificialmente homogénea.

Reflexividad, rigor y triangulación

El equipo investigador explicitó sus preconcepciones mediante diarios reflexivos y discusión colegiada. Se reconocieron como riesgos interpretativos la tendencia a privilegiar explicaciones psicológicas sobre condiciones estructurales y la familiaridad con el contexto institucional. Dichos supuestos fueron confrontados de manera sistemática con narrativas divergentes y con la trazabilidad del análisis.

Se operacionalizaron los criterios clásicos de rigor de Lincoln y Guba: credibilidad mediante triangulación de investigadores, devolución de transcripciones a tres participantes para verificar precisión y discusión colegiada; transferibilidad mediante descripción densa del contexto y participantes; dependencia mediante registro de decisiones analíticas y revisión externa de una proporción del corpus; y confirmabilidad mediante memos, diarios reflexivos y conservación de la ruta entre entrevista, código, tema e interpretación. El reporte se estructuró tomando como referencia COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), lista de 32 ítems distribuida en tres dominios: equipo de investigación y reflexividad, diseño del estudio, y análisis y presentación de resultados (Tong et al., 2007).

La triangulación final integró cuatro planos: 1) triangulación de investigadores mediante contraste de interpretaciones; 2) triangulación interna entre transcripciones, códigos, memos y matriz sociodemográfica; 3) contraste entre casos convergentes y casos negativos; y 4) contraste teórico posterior con literatura reciente. Se consideró que un tema estaba sólidamente sustentado cuando su significado podía seguirse desde las citas originales hasta la síntesis interpretativa y permanecía explicativamente útil ante narrativas divergentes.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS con registro R-2025-2701-045, de acuerdo con la documentación del estudio. Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la participación y grabación de las entrevistas. Para la presentación de resultados se eliminaron identificadores directos y se asignaron códigos E01–E27. Los archivos fueron resguardados con medidas de confidencialidad. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADOS

Características de los participantes

El corpus final incluyó 27 personas: 16 mujeres (59.3%) y 11 hombres (40.7%). La edad media fue 57.2±14.7 años, con mediana de 58 años, rango de 25 a 84 años y recorrido intercuartílico de 48.0 a 66.5 años. Quince participantes (55.6%) acudían al turno vespertino y 12 (44.4%) al matutino. La

heterogeneidad de escolaridad, ocupación, estado civil y religión amplió el rango de posiciones desde las cuales se narró la experiencia (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del corpus analítico (n=27)

Variable / categoría	n	%
Edad, media ± S	57.2 ± 14.7	—
Edad, mediana (RIC)	58 (48.0–66.5)	—
Edad, rango	25–84	—
Sexo: mujer	16	59.3
Sexo: hombre	11	40.7
Turno matutino	12	44.4
Turno vespertino	15	55.6
Estado civil: casado/a	14	51.9
Soltero/a	6	22.2
Viudo/a	4	14.8
Divorciado/a	1	3.7
Unión libre	2	7.4
Escolaridad: ninguna	2	7.4
Primaria	9	33.3
Secundaria	5	18.5
Preparatoria	2	7.4
Técnica	3	11.1
Licenciatura	6	22.2
Ocupación: hogar	10	37.0
Obrero/a	7	25.9
Comerciante	1	3.7
Profesionista	5	18.5
Jubilado/a	4	14.8
Religión: católica	19	70.4
Otra	8	29.6

S: desviación estándar; RIC: recorrido intercuartílico.

Esencia fenomenológica: vivir entre amenaza y control

En el conjunto de las narrativas, vivir con diabetes tipo 2 significó sostener una tensión cotidiana entre dos polos: la amenaza de deterioro, dependencia o muerte y la posibilidad de conservar continuidad biográfica mediante el tratamiento y el autocuidado. La enfermedad fue descrita como “silenciosa”, “muerte lenta”, “problema”, “carga” o “mala calidad de vida”, pero también como una condición que puede ser “controlada” y con la que es posible aprender a vivir. Esa tensión atravesó seis temas que no operan de forma aislada, sino como dimensiones de una misma experiencia.

Tema 1. El diagnóstico como ruptura biográfica mediada por la memoria familiar

El diagnóstico introdujo una discontinuidad en la narrativa de vida: obligó a reinterpretar el pasado, anticipar el futuro y revisar prácticas previamente normales. En algunos participantes el primer significado fue shock, miedo o incredulidad. La enfermedad familiar operó como un archivo anticipatorio: amputaciones, pérdida de visión, infartos y muertes observadas en padres o abuelos funcionaron como imágenes del futuro posible.

> *"Ay, pues sí, quedé como que en shock, pero pues mi papá era diabético; mi abuelita murió de un coma diabético." (E01)*
>
> *"Me asusté porque… mi papá era diabético, murió de un infarto y él ya había perdido su vista; pues sí me dio miedo." (E14)*

Sin embargo, la historia familiar no produjo siempre mayor conmoción. En un caso de contraste, la alta presencia de diabetes en la familia volvió el diagnóstico esperable y redujo la sorpresa. Esta divergencia muestra que la memoria familiar puede intensificar el temor o normalizar la enfermedad.

> *"Era… de esperarse, porque prácticamente toda mi familia padece de eso: mis papás, mis abuelos." (E24)*

La incorporación del diagnóstico osciló entre aceptación activa, resignación y minimización. Algunos participantes describieron haber cambiado tempranamente sus hábitos, mientras otros reconocieron que al inicio "no le tomaron importancia", atribuyendo retrospectivamente parte de sus dificultades actuales a esa respuesta inicial.

Tema 2. Habitar un cuerpo vulnerable: una enfermedad silenciosa que amenaza el futuro

La diabetes se experimentó corporalmente aun cuando no siempre existieran síntomas específicos. Los participantes construyeron metáforas de deterioro progresivo que convertían al cuerpo en objeto de vigilancia. La expresión "muerte lenta" condensó la idea de un daño paulatino, poco visible y difícil de detener.

> *"Vivir con diabetes es muy complicado… tienes que limitarte a muchísimas cosas… [para mí es] muerte lenta." (E17)*
>
> *"Es una enfermedad silenciosa que [te] va acabando… yo me imagino que es injusta." (E27)*
>
> *"Si no me cuido, pues me espera la muerte." (E23)*

El miedo no se dirigió a una noción abstracta de "complicaciones", sino a pérdidas concretas: visión, extremidades, función renal, movilidad, trabajo y autonomía. La visión adquirió especial peso cuando estaba ligada al sustento laboral, mostrando cómo una posible complicación biomédica se transforma en amenaza identitaria y económica.

"Si me afecta más… yo manejo; yo sin mi vista ya no sirvo para trabajar." (E13)

Los pies, el entumecimiento, los calambres, las heridas y la visión borrosa funcionaron como señales corporales interpretadas desde relatos familiares y conocimientos cotidianos. El cuerpo se volvió, así, un territorio que debía ser observado para anticipar un deterioro temido.

Tema 3. Trayectoria emocional: del miedo y la tristeza a una adaptación siempre incompleta

Las narrativas emocionales no siguieron una secuencia lineal. Miedo, tristeza, preocupación, frustración, enojo, ansiedad y episodios descritos como depresión aparecieron con distinta intensidad según la trayectoria de enfermedad, las complicaciones y el apoyo disponible. En algunas personas el malestar se mantuvo como experiencia persistente; en otras disminuyó cuando el tratamiento se volvió rutina o cuando percibieron control.

"Me deprimo… de saber que tengo enfermedad y no me voy a curar; a veces me estreso por mi enfermedad." (E14)

"Frustración, mucha frustración… llegas a sentirte muy frustrada, con mucho miedo más que nada." (E16)

"A veces me da como ansiedad… no todos los días, pero a veces en la noche… me dan ganas de estar comiendo." (E26)

La adaptación no significó ausencia de sufrimiento. Más bien, surgió como un modo de hacer habitable la condición: reconocer que no existe curación, confiar en el control posible y continuar con la vida cotidiana. La tranquilidad aparecía vinculada a tener tratamiento, sentirse acompañado y comprobar que la glucosa podía mantenerse estable.

"Me siento más o menos tranquila, porque sé que tengo ese tratamiento… no me la va a curar, pero me la va a controlar." (E25)

Esta coexistencia de preocupación y adaptación impide reducir la experiencia emocional a una dicotomía "aceptación/no aceptación". La aceptación fue un logro provisional que debía renovarse ante síntomas, cambios terapéuticos, dificultades económicas o imágenes de complicaciones.

Tema 4. La paradoja del tratamiento: carga cotidiana y garantía de continuidad

El tratamiento fue vivido simultáneamente como imposición y protección. Medicamentos, inyecciones, dieta, monitoreo y citas incorporaron nuevas obligaciones en la rutina, pero los mismos elementos eran reconocidos como aquello que permitía "estar bien", evitar descontrol y prolongar la vida. Esta paradoja fue particularmente visible en el uso de insulina: eficacia valorada frente a rechazo de la aguja o cansancio de inyectarse.

> *"La insulina es magnífica… me ha caído bastante bien; [pero] la aguja… eso es lo único que no me gusta." (E01)*

> *"Hay días que siento que no puedo… ya no quiero inyectarme, ya no quiero tomar mi medicamento a veces; pero si no lo tomo… sé que es por mi bien." (E26)*

La adherencia emergió como una práctica negociada y cambiante, no como una categoría binaria. Algunos participantes describieron disciplina rigurosa; otros establecieron márgenes de flexibilidad con alimentos, horarios o fines de semana. Estas "transgresiones" no siempre expresaban rechazo del tratamiento, sino intentos por preservar placer, sociabilidad y sensación de normalidad dentro de una vida medicalizada.

> *"Trato de cuidarme entre semana y poder disfrutar el fin de semana con la familia." (E01)*

La actitud proactiva se articuló con la idea de no dejarse vencer por la enfermedad. Esta agencia coexistió con cansancio terapéutico, olvidos, temores sobre efectos de "tantas pastillas" y momentos de abandono deseado.

> *"Tiene uno que ser positivo, tiene que ser uno echado para adelante; no te puedes deprimir o… no querer tomarte el medicamento." (E05)*

Tema 5. Reorganizar la vida: alimentación, trabajo, economía, roles y autonomía

La diabetes modificó actividades que antes eran automáticas. La alimentación fue el cambio más transversal: reducir azúcar, harinas, refrescos o porciones exigió reorganizar compras, preparación de alimentos y convivencia. Para algunas personas esta reorganización se volvió rutina; para otras

representó restricción permanente, especialmente en espacios laborales o sociales donde los demás podían comer o beber sin limitaciones.

> *"Vivir con diabetes es muy complicado… tienes que limitarte a muchísimas cosas en tanto a alimentación como en lo que bebes." (E17)*

El trabajo apareció como una dimensión central pero desigual. Las citas mensuales, síntomas, cansancio y necesidad de vigilancia podían interferir con horarios o permisos laborales. En otros casos, la posibilidad de una complicación amenazaba directamente la capacidad de seguir trabajando.

> *"En el trabajo, sobre todo por las citas constantes que tengo, porque son mensualmente… tengo que pedir [permiso]." (E24)*

> *"Es como una carga… me estaba ocasionando problemas en economía." (E13)*

La enfermedad también transformó roles familiares. Algunas personas expresaron temor de convertirse en carga; otras asumieron simultáneamente el autocuidado y el cuidado de familiares con diabetes. La autonomía, por tanto, no dependía solo de la capacidad física, sino de conservar un lugar productivo y relacional dentro de la familia.

Tema 6. Redes de sostén y contexto estructural: familia, espiritualidad, servicios de salud y estigma

La familia fue el soporte más constante: recordaba medicamentos, adaptaba alimentos, acompañaba consultas y aportaba seguridad emocional. El apoyo profesional no fue entendido como sustituto del familiar, sino como complemento. Esta interdependencia fue expresada de manera directa por una participante:

> *"Los dos creo que van de la mano… si tengo el apoyo de mi familia [pero] no vengo al doctor… de nada me va a servir; y si sigo al doctor y mi familia no me apoya, pues tampoco." (E01)*

La espiritualidad también formó parte del afrontamiento en varias narrativas. La enfermedad podía ser comprendida en relación con Dios, la oración o una dimensión espiritual del sufrimiento. Este recurso no apareció necesariamente como oposición al tratamiento biomédico; con frecuencia coexistió con el uso regular de medicamentos y la confianza en la atención profesional.

> *"Es una enfermedad terrible emocionalmente, terrible físicamente también y espiritualmente." (E19)*

La experiencia institucional fue ambivalente. Algunos participantes valoraron las consultas regulares, el acceso al tratamiento y la incorporación de medicamentos más recientes; otros describieron cargas relacionadas con citas, disponibilidad o características de los dispositivos. Esto sitúa la adherencia no solo en la voluntad individual, sino en condiciones de acceso y organización del servicio.

> *"Los medicamentos que ingresaron al Seguro… de más reciente generación, ha estado bien el tratamiento, me ha funcionado bien." (E22)*

El estigma mostró heterogeneidad. Muchas personas negaron haber sufrido maltrato por su diabetes. Sin embargo, aparecieron autoculpa, vergüenza y anticipación de juicio, junto con al menos una experiencia explícita de trato despectivo. Por ello, la estructura del fenómeno no puede describirse como "ausencia de estigma", sino como coexistencia de no discriminación percibida con formas internalizadas, anticipadas y ocasionalmente interpersonales.

> *"La culpa quién la tiene, sino yo…" (E23)*

> *"Sí… [he escuchado] rechazo… 'los viejos apestan'." (E27)*

La diversidad de estas experiencias obliga a diferenciar entre estigma por diabetes, edadismo y autoculpabilización, evitando atribuir automáticamente cada interacción negativa a la enfermedad. Fenomenológicamente, lo relevante es que la posibilidad del juicio social se integra al modo en que algunas personas se perciben y se relacionan con otros.

Tabla 2. Estructura fenomenológica final y subtemas

Tema	Subtemas principales	Significado fenomenológico
1. Diagnóstico como ruptura biográfica	Shock/incredulidad; memoria familiar; anticipación del futuro; aceptación, normalización o minimización	El diagnóstico obliga a reinterpretar la propia biografía a la luz de experiencias familiares y de una nueva conciencia de vulnerabilidad.
2. Habitar un cuerpo vulnerable	Metáforas de muerte/deterioro; vigilancia corporal; miedo a ceguera, amputación, riñón y pérdida funcional	El cuerpo deja de ser transparente y se convierte en fuente de señales que deben vigilarse para evitar un futuro temido.
3. Trayectoria emocional	Miedo; tristeza; frustración; ansiedad; enojo; adaptación; tranquilidad condicionada	El malestar fluctúa y la adaptación se construye de manera incompleta, ligada a control percibido y apoyo disponible.
4. Paradoja del tratamiento	Eficacia vs. carga; insulina y agujas; fatiga terapéutica; adherencia negociada; agencia	El tratamiento restringe y, al mismo tiempo, hace posible la continuidad de la vida; adherirse implica negociar autonomía y normalidad.
5. Reorganización de la vida cotidiana	Alimentación; trabajo; citas; economía; roles; dependencia/autonomía	La enfermedad reordena tiempos, recursos y relaciones; su carga se define también por lo que impide o obliga a modificar.
6. Redes de sostén y contexto	Familia; profesionales; espiritualidad; sistema de salud; autoculpa; estigma heterogéneo	Vivir con diabetes es relacional: se hace más o menos habitable según apoyos, creencias, acceso y experiencias de juicio social.

Triangulación analítica final

La triangulación confirmó que la esencia “vivir entre amenaza y control” no depende de una sola entrevista ni de una sola dimensión. Los seis temas fueron contrastados entre participantes, matriz sociodemográfica, citas, memos y casos negativos. La tabla 3 resume la convergencia y los principales elementos disconfirmatorios conservados en la interpretación.

Tabla 3. Matriz de triangulación interna de los hallazgos

Tema	Evidencia convergente	Caso de contraste / control interpretativo
Diagnóstico y memoria familiar	E01 y E14: shock y miedo vinculados con complicaciones observadas en familiares.	E24: diagnóstico esperado por alta presencia familiar; la memoria familiar también normaliza.
Cuerpo vulnerable y amenaza	E17, E27 y E23: metáforas de muerte/deterioro; E13: riesgo de perder visión y trabajo.	No todos narraron síntomas o miedo con la misma intensidad; el tema se interpreta como estructura de vulnerabilidad, no como experiencia universal.
Trayectoria emocional	E14, E16 y E26: tristeza, frustración, miedo y ansiedad; E25: tranquilidad asociada al control.	La adaptación coexiste con malestar; se descartó una secuencia lineal de "negación a aceptación".
Paradoja del tratamiento y adherencia	E01 y E26: beneficio reconocido junto con carga/aversión; E05: actitud proactiva.	Flexibilizaciones alimentarias y cansancio terapéutico impiden clasificar la adherencia como dicotomía fija.
Reorganización de vida, trabajo y economía	E17: restricciones alimentarias; E24: permisos laborales; E13: carga económica y amenaza funcional.	La carga varía por ocupación y posición familiar; no se asumió un impacto homogéneo.
Redes, espiritualidad, sistema y estigma	E01: complementariedad familia-profesionales; E19: dimensión espiritual; E23: autoculpa; E27: trato despectivo.	Muchos negaron discriminación directa; se corrigió la conclusión preliminar de ausencia de estigma y se distinguieron autoestigma, estigma anticipado, edadismo y experiencias interpersonales.

DISCUSIÓN

Este estudio integra la experiencia vivida de 27 personas con diabetes tipo 2 atendidas en el primer nivel del IMSS y muestra que el fenómeno se organiza alrededor de una tensión fundamental entre amenaza y control. La diabetes se incorpora a la biografía como un riesgo capaz de transformar cuerpo, trabajo, autonomía y relaciones, mientras el tratamiento y el autocuidado ofrecen una forma de contener ese riesgo. Esta interpretación coincide con el carácter fluctuante y emocionalmente exigente del automanejo descrito en Gales y con estudios fenomenológicos recientes de Etiopía, Nigeria y Jordania, donde se entrelazan emociones, creencias, limitaciones económicas, apoyo social y funcionamiento de los servicios (Ageru et al., 2026; Ayodeji et al., 2025; Hasan et al., 2026; Kaur et al., 2025).

El papel de la memoria familiar constituye un hallazgo relevante. El diagnóstico no se interpreta solo mediante información biomédica, sino a través de imágenes previas de amputación, pérdida de visión, infarto o muerte; esas imágenes pueden aumentar el temor o, en sentido contrario, normalizar el diagnóstico cuando la diabetes se percibe como parte esperable de la historia familiar. En México, Heredia-Pi et al. (2025) mostraron que la experiencia de la diabetes está atravesada por roles familiares, trabajo, acceso y género, mientras Arrieta-Canales et al. (2023) documentaron en un contexto rural mexicano la importancia de comprender la atención desde las experiencias concretas de pacientes y profesionales. Nuestro análisis agrega que la memoria familiar puede actuar simultáneamente como advertencia, fuente de miedo, referencia práctica y mecanismo de normalización.

La corporeización de la amenaza fue especialmente visible en las metáforas de "muerte lenta", "enfermedad silenciosa" y en el temor a perder visión, extremidades, función renal o autonomía. Xiao et al. (2025) identificaron que el miedo a las complicaciones se organiza alrededor de incertidumbre, apoyo y estilos de afrontamiento, mientras un estudio fenomenológico realizado en Singapur (AshaRani et al., 2025) mostró que las complicaciones modifican reconocimiento de síntomas, búsqueda de ayuda, adherencia y adaptación. En el presente corpus, el temor no fue una idea abstracta: podía comprometer identidad y sustento, como en el participante que vinculó la visión con su capacidad de trabajar. Esto sugiere que la educación sobre complicaciones debe combinar información de riesgo con estrategias de eficacia, prevención y afrontamiento para evitar fatalismo.

La trayectoria emocional tampoco siguió una progresión lineal hacia una aceptación definitiva. Tristeza, miedo, frustración, ansiedad y cansancio reaparecieron incluso en personas que expresaban adaptación. Lewinski et al. (2024) describieron que el malestar por diabetes puede abarcar simultáneamente dimensiones emocionales, de régimen, interpersonales y de relación con los servicios; una síntesis temática (Morales-Brown et al., 2024) confirmó que el diabetes distress afecta bienestar, conductas de manejo y control glucémico. Estos datos respaldan interpretar la adaptación como un equilibrio provisional que requiere ser reconstruido frente a cambios terapéuticos, síntomas, dificultades económicas o nuevas amenazas percibidas.

La paradoja del tratamiento —carga cotidiana y, al mismo tiempo, garantía de continuidad— fue otro núcleo consistente. El tratamiento añade inyecciones, horarios, restricciones, monitoreo y citas, pero

también hace posible sentirse controlado y continuar con la vida. Esta ambivalencia es congruente con la experiencia de automanejo descrita por Kaur et al. (2025). Estudios recientes sobre toma de medicamentos y mantenimiento del autocuidado muestran que conocimientos, creencias, autorregulación, recursos, hábitos y contexto social influyen de manera dinámica sobre la continuidad terapéutica (Carvalho et al., 2024; Tuobenyiere et al., 2023; Vallis et al., 2024). Por ello, las flexibilizaciones, olvidos o deseos ocasionales de suspender el tratamiento no deben interpretarse únicamente como "incumplimiento", sino investigarse como señales de carga, fatiga o negociación de autonomía, sin minimizar el riesgo clínico.

La familia funcionó como infraestructura cotidiana del cuidado: adaptó alimentos, recordó medicamentos, acompañó consultas y aportó apoyo emocional. En adultos mexicoamericanos, Jordan et al. (2024) encontraron que la familia puede aportar apoyo, motivación y protección, pero también generar tensiones y necesidades educativas; Stenberg y Hjelm (2024) describieron apoyo informativo, instrumental y emocional; y Newson et al. (2025) mostraron mediante IPA que el rol de cuidador puede implicar resiliencia, responsabilidad y carga psicológica. La investigación de Molla et al. (2026) añadió que familia, amistades, comunidad, prácticas culturales y apoyo religioso participan activamente en el automanejo. En nuestro corpus, familia y profesionales fueron percibidos como complementarios, lo que favorece estrategias de educación que integren a la red de apoyo cuando la persona lo desea.

La espiritualidad apareció como recurso de sentido y afrontamiento, no necesariamente como alternativa al tratamiento biomédico. Esta coexistencia coincide con estudios recientes en Jordania, Nigeria y Etiopía, donde creencias religiosas, comunidad y prácticas de fe pueden sostener el afrontamiento, aunque en determinados contextos también pueden entrar en tensión con recomendaciones médicas (Ayodeji et al., 2025; Hasan et al., 2026; Molla et al., 2026).

En la práctica, explorar la espiritualidad de manera respetuosa puede mejorar la comprensión del paciente sin asumir que toda creencia religiosa constituye una barrera.

El análisis ampliado obligó a corregir la interpretación inicial del estigma. La mayoría de las entrevistas no describió discriminación directa, pero aparecieron autoculpa, vergüenza, anticipación de juicio y al menos una experiencia explícita de trato despectivo. El análisis multinacional de Holmes-Truscott et al. (2025) demuestra que culpa/juicio, trato diferente y autoestigma son dimensiones relacionadas pero no equivalentes y pueden coexistir con distinta intensidad. Así, "no haber sido discriminado" no equivale a ausencia de estigma. Clínicamente es importante evitar lenguaje culpabilizante que reduzca la diabetes tipo 2 a decisiones individuales, porque puede reforzar sufrimiento moral y disminuir la apertura comunicativa.

Trabajo, economía, género y roles familiares ampliaron la comprensión de la carga. Aunque este estudio no fue diseñado para comparar experiencias por sexo, las narrativas de permisos laborales, responsabilidad económica, cuidado de otros y temor a perder capacidad productiva convergen con estudios recientes de México y atención primaria que muestran diferencias de género en apoyo recibido, barreras económicas, empleo, autocuidado y responsabilidades familiares (Heredia-Pi et al., 2025; Ramírez-Morros et al., 2024). Un estudio fenomenológico en adultos mayores rurales también señaló falta de tiempo, actitudes negativas y limitaciones de conocimiento como obstáculos para el automanejo (Zhang et al., 2024). Estos hallazgos recuerdan que un plan terapéutico puede ser técnicamente correcto y, sin embargo, fracasar si no cabe en la organización real de la vida cotidiana.

En conjunto, los hallazgos respaldan un modelo de atención centrada en la persona. Las normas de la American Diabetes Association para 2026 recomiendan educación y apoyo continuos para el automanejo, toma compartida de decisiones, valoración de determinantes sociales y atención sistemática del bienestar psicosocial (ADA PPC, 2026a, 2026b). Experiencias recientes con programas digitales de educación muestran además que los pacientes valoran información accesible, apoyo emocional, interacción con profesionales y flexibilidad para integrar el autocuidado a sus rutinas (Hawkes et al., 2024; Yaagoob et al., 2024). En el primer nivel del IMSS, esto se traduce en explorar la historia familiar y las imágenes que organizan el miedo, valorar malestar emocional y fatiga del

tratamiento, negociar objetivos compatibles con trabajo y economía, integrar a la familia con consentimiento, reconocer recursos espirituales y utilizar comunicación no culpabilizante.

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas se encuentran la ampliación del corpus respecto de la versión preliminar, la integración de 27 entrevistas con datos sociodemográficos conciliados, la heterogeneidad de edad y posición social, la incorporación explícita de casos de contraste, la triangulación analítica y la trazabilidad de los temas mediante citas. La reconstrucción permitió corregir afirmaciones previas que homogeneizaban en exceso la experiencia, particularmente respecto del estigma y de la idea de una aceptación lineal.

Las limitaciones deben interpretarse con cuidado. El estudio procede de una sola Unidad de Medicina Familiar y no busca generalización estadística. El corpus amplio aporta variación, pero puede disminuir la profundidad idiográfica típica de muestras pequeñas de IPA; por ello, el procedimiento se describe como fenomenológico interpretativo inspirado en IPA y no como un IPA clásico estricto. Parte de las transcripciones provino de reconocimiento automático de voz y presentó fragmentos ambiguos, por lo que se seleccionaron citas solo cuando el sentido era suficientemente claro. Tres registros carecieron de transcripción disponible y fueron excluidos sin imputación. Tampoco se incorporó directamente la perspectiva de familiares o profesionales ni se vincularon las narrativas con indicadores clínicos objetivos como hemoglobina glucosilada.

Implicaciones para la práctica

Los resultados sugieren seis líneas de acción aplicables al primer nivel: explorar en consulta la historia familiar y las imágenes de complicaciones que modelan el miedo; evaluar periódicamente malestar emocional y fatiga terapéutica; negociar objetivos de autocuidado compatibles con trabajo, economía y prácticas culturales; integrar a la familia con consentimiento de la persona; reconocer la espiritualidad como recurso posible sin sustituir terapias efectivas; y emplear lenguaje no culpabilizante, además de detectar experiencias de estigma o discriminación. Estas acciones son congruentes con una atención colaborativa y centrada en la persona (ADA PPC, 2026a, 2026b).

CONCLUSIONES

La experiencia de vivir con diabetes tipo 2 en esta Unidad de Medicina Familiar se estructura como una tensión persistente entre amenaza y control. El diagnóstico reordena la biografía y se interpreta a través de las memorias familiares de amputación, pérdida de visión, infarto o muerte; el cuerpo se vuelve vulnerable y vigilado; el tratamiento es a la vez carga y posibilidad de continuidad, y la vida cotidiana se reorganiza alrededor de alimentos, medicamentos, citas, trabajo, economía y relaciones. Esto quiere decir que, para los participantes, la enfermedad rebasa el terreno metabólico y alcanza la identidad y la capacidad de trabajar y de sostener a la familia.

Las emociones no evolucionan de forma lineal hacia una aceptación definitiva. Miedo, tristeza, frustración, ansiedad y cansancio pueden reaparecer aun en personas que ya se describen adaptadas, sobre todo cuando cambia el tratamiento, surgen síntomas nuevos o se complica la situación económica; por lo que la adaptación se entiende mejor como un equilibrio provisional. Lo mismo ocurre con la adherencia. Se vive como una negociación cotidiana entre las necesidades clínicas y el deseo de conservar cierta normalidad, de tal manera que los olvidos, las flexibilizaciones o las ganas de suspender el tratamiento merecen explorarse en consulta como señales de carga o de fatiga terapéutica antes de etiquetarse como incumplimiento.

Familia, profesionales de salud y recursos espirituales pueden sostener el autocuidado, mientras que las barreras laborales e institucionales, la autoculpa y las formas heterogéneas de estigma añaden carga. El estigma no se limitó a la discriminación directa; apareció sobre todo como vergüenza y anticipación de juicio, lo que obliga a cuidar el lenguaje con el que se habla de la enfermedad durante la consulta.

Una atención centrada en la persona en el primer nivel del IMSS debería escuchar estas dimensiones y convertirlas en parte del plan terapéutico, en lugar de tratarlas como elementos ajenos al control metabólico. En la práctica, esto implica preguntar por la historia familiar y por los miedos que la acompañan, valorar el malestar emocional y ajustar las metas de autocuidado a los horarios y recursos de cada paciente. Consideramos que los estudios futuros deberían incorporar la voz de familiares y profesionales y relacionar estas narrativas con la hemoglobina glucosilada; esto permitiría conocer cómo se vincula la experiencia vivida con el control de la enfermedad.

Declaraciones

Aprobación ética: Comité de Ética en Investigación de Salud del IMSS, registro R-2025-2701-045, conforme a la documentación del estudio.

Consentimiento informado: se obtuvo consentimiento informado para participar y para la grabación de las entrevistas.

Confidencialidad: las citas se presentan con códigos E01–E27 y sin identificadores directos.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: los recursos del estudio fueron financiados por el grupo de trabajo y la investigadora principal; no se contó con patrocinador externo.

Disponibilidad de datos: las transcripciones contienen información sensible y no deben hacerse públicas de forma íntegra. Cualquier acceso deberá regirse por la aprobación ética, el consentimiento y las políticas institucionales de confidencialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ageru, T. A., Le, C. N., Wattanapisit, A., Woticha, E. W., Jaroenpool, J., Isaramalai, S.-A., Shohaimi, S., Truong, N. T. y Suwanbamrung, C. (2026). Lived experience and perceived barriers to self-care among patients with type 2 diabetes mellitus in South Ethiopia: A descriptive phenomenological study. *Scientific Reports, 16*(1), Artículo 12942. https://doi.org/10.1038/s41598-026-42142-6

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026a). 1. Improving care and promoting health in populations: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care, 49*(Supl. 1), S13–S26. https://doi.org/10.2337/dc26-S001

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026b). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care, 49*(Supl. 1), S89–S131. https://doi.org/10.2337/dc26-S005

Arrieta-Canales, M. L., Mukherjee, J., Gilbert, H., Flores, H., Muñoz, M., Aranda, Z., DiChiara, S. y Noya, C. (2023). Transforming care for patients living with diabetes in rural Mexico: A qualitative study of patient and provider experiences and perceptions of shared medical appointments. *Global Health Action, 16*(1), Artículo 2215004.

https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2215004

AshaRani, P. V., Roystonn, K., Ramu, M., Tan, Y. W. B., Devi, F., Iskandar Shah, M., Wang, P., Fang, S. C., Tavintharan, S., Huan, T. H., Sing, L. E., Siow Ann, C. y Subramaniam, M. (2025). Exploring the lived experiences of patients with type 2 diabetes mellitus-related complications in a healthcare setting in Singapore: A phenomenological study. *BMJ Public Health, 3*(2), Artículo e003183. https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-003183

Ayodeji, O., Benton, M., Orton, L. y Weich, S. (2025). The lived experiences of individuals with type 2 diabetes mellitus with poor glycaemic control in Nigeria: A qualitative study. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes, 18*, Artículo 11795514251384044. https://doi.org/10.1177/11795514251384044

Carvalho, M., Dunne, P., Kwasnicka, D., Byrne, M., SUSTAIN T2DM Public Advisory Panel y McSharry, J. (2024). Barriers and enablers to maintaining self-management behaviours after attending a self-management support intervention for type 2 diabetes: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Health Psychology Review, 18*(3), 478–507. https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2268731

Hasan, A., Alobaidly, A., Alkouri, O. y Ahmed, F. R. (2026). Lived experiences of type 2 diabetes self-management in Jordan: A qualitative study of sociocultural, religious, and healthcare influences. *PLOS ONE, 21*(6), Artículo e0350641. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0350641

Hawkes, R. E., Benton, J. S., Cotterill, S., Sanders, C. y French, D. P. (2024). Service users' experiences of a nationwide digital type 2 diabetes self-management intervention (Healthy Living): Qualitative interview study. *JMIR Diabetes, 9*, Artículo e56276. https://doi.org/10.2196/56276

Heredia-Pi, I. B., Orozco-Núñez, E., Guerrero-López, C. M., Cerecer-Ortiz, N., Ojeda-Arroyo, E., Allen-Leigh, B., Jan, S., Downey, L. y Serván-Mori, E. (2025). Gendered experience of people living with type 2 diabetes in rural and urban Mexico: An ethnographic study. *International Journal for Equity in Health, 24*(1), Artículo 157. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02523-1

Holmes-Truscott, E., Litterbach, E., Søholm, U., Agius, P. A., Alzubaidi, H., Bodziony, V., Bresolin, J., Fletcher, K., Garza, M., Joiner, K. L., Puhl, R. M., Shimabukuro, M., Syron, L., Takaike, H., Vallis, M., Verry, H., Halliday, J. A., Manallack, S. L., Skinner, T. C. y Speight, J. (2025). Experiences of diabetes stigma among adults with type 1 and type 2 diabetes: A multi-study, multi-country, secondary analysis. *Diabetic Medicine, 42*(8), Artículo e70082. https://doi.org/10.1111/dme.70082

Hsu, C., Glass, D., Cruz, S., Baden, A. C. y Senturia, K. (2026). Beyond saturation: A qualitative framework for operationalizing respondent sampling (Q-FORS) for data adequacy. *Social Science & Medicine, 390*, Artículo 118781. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118781

International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas* (11.ª ed.). https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/

Jordan, O. J., Benitez, A., Burnet, D. L., Quinn, M. T. y Baig, A. A. (2024). The role of family in diabetes management for Mexican American adults. *Hispanic Health Care International, 22*(2), 109–118. https://doi.org/10.1177/15404153231206086

Kaur, A., Williams, S. y Bishop, S. (2025). Beyond compliance: Lived experiences of type 2 diabetes self-management in Wales. *Diabetic Medicine, 42*(12), Artículo e70152. https://doi.org/10.1111/dme.70152

Lee, J. J., Ramjan, L., Nuampa, S. y Lai, C. K. Y. (2023). Where is the interpretation? Important considerations for the philosophical and disciplinary lens in qualitative health research. *Nursing & Health Sciences, 25*(4), 493–496. https://doi.org/10.1111/nhs.13068

Lewinski, A. A., Shapiro, A., Crowley, M. J., Whitfield, C., Jones, J. R., Jeffreys, A. S., Coffman, C. J., Howard, T., McConnell, E., Tanabe, P., Barcinas, S. y Bosworth, H. B. (2024). Diabetes distress in Veterans with type 2 diabetes mellitus: Qualitative descriptive study. *Journal of Health Psychology, 29*(14), 1593–1607. https://doi.org/10.1177/13591053241233387

Molla, I. B., Hagger, V., Rothmann, M. J. y Rasmussen, B. (2026). Lived experiences and perceptions of social support in diabetes self-management among patients, families, and friends in Ethiopia. *Scientific Reports, 16*(1), Artículo 14450. https://doi.org/10.1038/s41598-026-44450-3

Morales-Brown, L. A., Perez Algorta, G. y Salifu, Y. (2024). Understanding experiences of diabetes distress: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Diabetes Research, 2024*, Artículo 3946553. https://doi.org/10.1155/2024/3946553

Newson, L., Brown, J. E. y Dugdale, S. (2025). Being the supporter: An interpretative phenomenological analysis of the role of caregivers in the self-management of type 2 diabetes. *Psychology & Health, 40*(3), 377–393. https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2231004

Öhlén, J. y Friberg, F. (2023). Empirical phenomenological inquiry: Guidance in choosing between different methodologies. *Global Qualitative Nursing Research, 10*, Artículo 23333936231173566. https://doi.org/10.1177/23333936231173566

Ramírez-Morros, A., Berenguera, A., Millaruelo, L., Buil-Cosiales, P., Gomez Garcia, C., Cos, X., Ávila Lachica, L., Artola, S., Millaruelo, J. M., Mauricio, D. y Franch-Nadal, J. (2024). Impact of gender on patient experiences of self-management in type 2 diabetes: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence, 18*, 1885–1896. https://doi.org/10.2147/PPA.S466931

Rana, K., Poudel, P. y Chimoriya, R. (2023). Qualitative methodology in translational health research: Current practices and future directions. *Healthcare, 11*(19), Artículo 2665. https://doi.org/10.3390/healthcare11192665

Roberts, S. J., Saylor, M. A., Ivynian, S. y DiGiacomo, M. (2026). Data saturation and information power: Sample size in qualitative research—When is enough and how to assess? *European Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(5), 1069–1074. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvag046

Stenberg, J. y Hjelm, K. (2024). Social support as perceived, provided and needed by family-members of migrants with type 2 diabetes: A qualitative study. *BMC Public Health, 24*(1), Artículo 1612. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19101-9

Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Tuobenyiere, J., Mensah, G. P. y Korsah, K. A. (2023). Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: A qualitative study. *Nursing Open, 10*(10), 7003–7013. https://doi.org/10.1002/nop2.1956

Vallis, M., Jin, S., Klimek-Abercrombie, A., Ng, G. y Ivers, N. M. (2024). A qualitative study of barriers to medication-taking among people with type 2 diabetes using the Theoretical Domains Framework. *Diabetes Spectrum, 37*(3), 264–272. https://doi.org/10.2337/ds23-0038

Xiao, Y., Song, Z., Wei, Z., Xie, N. y Wang, Z. (2025). The experience of fear of complications among patients with type 2 diabetes mellitus: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence, 19*, 2553–2563. https://doi.org/10.2147/PPA.S536379

Yaagoob, E., Lee, R., Stubbs, M., Hakami, M. y Chan, S. (2024). People with type 2 diabetes experiences of using WhatsApp-based diabetes self-management education and support: The process evaluation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 30*(8), 1571–1584. https://doi.org/10.1111/jep.14083

Zhang, Z. C., Du, Q. H., Jia, H. H., Li, Y. M., Liu, Y. Q. y Li, S. B. (2024). A qualitative study on inner experience of self-management behavior among elderly patients with type 2 diabetes in rural areas. *BMC Public Health, 24*(1), Artículo 1456. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18994-w