



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Campus Tuxtepec

Vivencias de Violencia que Experimentan las Mujeres Indígenas Mazatecas con Diabetes

Mellitus Tipo 2.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Presenta:

Yessenia Pérez Esteban.

Directora de tesis:

D.C.E. Berenice Juan Martínez.

San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, a Octubre del 2024.

Dedicatoria

En primer lugar, dedico esta investigación a Jehová Dios por instruirme a ver el lado bueno de las cosas y confiar con el corazón, a ver las soluciones y la intención que tiene conmigo.

A mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida, siempre me ha acompañado en mi trayecto de vida personal y académica, me ha enseñado a no rendirme y no palidecer ante nada, a ser una persona perseverante. Eres mi impulso y motivación más grande para terminar con éxito mi proyecto de tesis.

A mi hermana Yurenia, porque siempre con tu insistencia, consejos y palabras de aliento y apoyo incondicional, has estado siempre conmigo.

A mi hermano Emilio, porque siempre me has apoyado incondicionalmente, a ser más fuerte.

A mi papá, porque siempre has buscado la manera de apoyarme incondicionalmente, me has enseñado a ser más valiente, a no rendirme.

A mis amistades más cercanas, realmente les dedico este proyecto, por sus sabios consejos y apoyo total, que siempre me han acompañado durante este proyecto.

A todas las mujeres mazatecas indígenas, que formaron parte de este estudio, les dedico este proyecto de investigación, porque cada narrativa que aportaron, fueron la clave para que este proyecto se hiciera realidad.

Agradecimientos

Un agradecimiento inmenso, especial y sincera a mi directora de tesis a la Dra. Berenice Juan Martínez, por su sabiduría y dedicación, que, con experiencia y paciencia e insistencia constante, me orientó, enseñó y apoyo en este proyecto. Asimismo, le reconozco la manera de compartirme sus conocimientos.

A mis revisoras, por sus comentarios, disposición y sugerencias, las cuales fueron muy pertinentes y ayudaron a enriquecer esta tesis. Les doy las gracias, infinitas por ser mis lectoras.

A mi amiga Andrea de Dios, por darme palabras de aliento, siempre con sabios consejos y acercándome más a Dios, gracias infinitas y encontrar en ella una amiga especial.

Índice

I. Introducción.....	9
1.1. Antecedentes y Datos Estadísticos.....	9
1.2 Propósito de la Investigación	17
1.3 <i>Interés Personal por el Fenómeno de Estudio</i>	17
II. Justificación.....	19
2.1 Pregunta de Investigación	22
III. Objetivos	23
3.1 Objetivo General:	23
3.1.1 <i>Objetivos Específicos:</i>	23
IV. Marco Teórico	24
4.1 Fundamentación Teórica.....	25
4.2 Referencial Teórico Filosófico.....	30
V. Marco Metodológico.....	32
5.1 Diseño.....	32
5.2 Informantes.....	32
5.3 Muestreo.....	32
5.4 Criterios de Inclusión	32
5.5 Criterios de Exclusión	33
5.6 Criterios de Eliminación.....	33
5.7 Escenario	33
5.8 Criterios de Rigor Metodológico.....	35
5.9 Triangulación de Datos	35
5.10 Técnicas para la Colecta de Datos.....	36

5.11 Procedimiento.....	36
5.12 Aspectos Éticos	37
5.13 Plan de Análisis Datos.....	38
5.14 Recursos Humanos	38
5.15 Recursos Materiales	39
VI. Resultados.....	40
6.1. Caracterización de las Informantes	40
6.2 Categorías Emergentes	42
VII. Discusión.....	58
Consideraciones Finales.....	60
8.1 Recomendaciones del estudio	61
VIII. Referencias.....	63
Anexo A. Cronograma de Actividades	69
Anexo B. Guía de entrevista a profundidad.....	71
Anexo C. Consentimiento Informado	73



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN CAMPUS TUXTEPEC


ACTA DE REVISIÓN DE TESIS


En San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, el día 10 de septiembre del 2024 a las 17 horas., se reunieron de manera presencial en el Aula de titulación planta baja del Campus Tuxtepec, los miembros de la Comisión Revisora del protocolo de tesis, designada por la Vice-Rectoría de la Universidad del Papaloapan, con la finalidad de examinar la tesis titulada " Vivencias de Violencia que Experimentan las Mujeres Indígenas Mazatecas con Diabetes Mellitus Tipo 2." presentado por el(la) alumno(a) **Yessenia Pérez Esteban**, con número de matrícula **14120494**, de la **Licenciatura en Enfermería** aspirante al Título de **Licenciatura**.


Después de intercambiar opiniones, los miembros de la comisión manifestaron que **LA TESIS SATISFACE** los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes, otorgando su **APROBACIÓN** para que el aspirante pueda proceder con el proceso de titulación.


Tuxtepec, Oaxaca, a 11 de septiembre de 2024.

ATENTAMENTE
LA COMISIÓN REVISORA


M.A.S.E. Ortencia Vásquez Sánchez
Universidad del Papaloapan
Presidente


M.A.S.E. Dulce Rosario Ortiz García
Universidad del Papaloapan
Vocal


M.C.E. Rosalva Moya Suárez
Universidad del Papaloapan
Secretario


DCE. Berenice Juan Martínez
Universidad del Papaloapan
Directora de Tesis





UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN
CAMPUS TUXTEPEC

San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, a 13 de septiembre de 2024.
Oficio No. UNPA/VRA/298/2024.
Asunto: Autorización para impresión de Tesis.

M.E. Yesenia Barrientos Arenal

Jefa de Servicios Escolares.
Universidad del Papaloapan.
P R E S E N T E

Con base en el dictamen de la **Comisión Revisora**, se autoriza la impresión de trabajo de tesis del alumno (a) **Yessenia Pérez Esteban**, con número de matrícula **14120494**, titulado "**Vivencias de violencia que experimentan las mujeres indígenas Mazatecas con Diabetes Mellitus Tipo 2**". Para ser avalado como trabajo de tesis y presentar el examen profesional para obtener el título de **Licenciado (a) en Enfermería**, toda vez que cumpla satisfactoriamente con la reglamentación establecida para tal fin.

El jurado de examen profesional estará compuesto por los siguientes profesores:

M.A.S.E. Ortencia Vásquez Sánchez.-Presidenta, Universidad del Papaloapan
M.A.S.P. Rosalva Moya Suarez.-Secretaria, Universidad del Papaloapan.
M.A.S.E. Dulce Rosario Ortiz García.-Vocal-Universidad del Papaloapan.
M.A.S.E. Laura Yenifer Miguel Santiago.-Primera Suplente, Universidad del Papaloapan
L.E. Yenmi Areli Alfonso Lopez.-Segunda Suplente, Universidad del Papaloapan.

Sin más por el momento, reciba saludos cordiales.

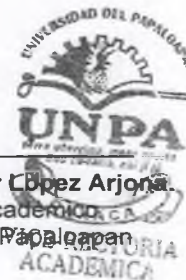


Atentamente

*Terra uberrima, mens aperta
Bou Lo-tama, chí jí jú*

M.A.S.P. Rosalva Moya Suarez.
Jefa de Carrera de Licenciatura en Enfermería
Universidad del Papaloapan

Vo.Bo. M.C. Héctor López Arjona.
Vicerrector Académico
Universidad del Papaloapan



c.c.p. Archivo.
c.c.p. Dra. Berenice Juan Martinez.. Director de tesis.
c.c.p. Yesenia Pérez Esteban, Alumno para su conocimiento.



Resumen

En la actualidad la violencia doméstica es un problema de salud pública, por el impacto en la salud física y emocional de las mujeres. Por otra parte, las poblaciones indígenas son más propensas a desarrollar diabetes mellitus tipo 2, debido a factores genéticos y de inequidad social. **Objetivo:** Indagar las vivencias de violencia experimentadas por las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2 de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica de la percepción de Maurice Merleau-Ponty, y con base en la teoría analítica del “cuerpo consciente” de Schepher-Hughes y Lock. Las informantes claves fueron 12 mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2 con base a un muestreo teórico. Para la colecta de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos se realizó de manera artesanal. **Resultados:** Emergieron 5 categorías con 14 subcategorías. Las mujeres indígenas mazatecas describieron que vivieron diversas situaciones de violencia provocada por sus parejas y familiares más cercanos, y experimentaron discriminación por personas de la comunidad. **Discusión:** Las mujeres indígenas mazatecas, llevan años viviendo con violencia física por parte de sus parejas, en el que los perpetradores producían los actos de violencia casi a diario, por tal motivo, las informantes refirieron que llegaron a enfermarse de diabetes. **Conclusiones:** Urge la necesidad de realizar intervenciones desde un enfoque multidisciplinario para atender las necesidades emocionales y mejorar las redes de apoyo para este grupo de mujeres, que son vulneradas por su condición de etnicidad, género y por la enfermedad.

Palabras claves: Violencia doméstica, diabetes mellitus tipo 2, pueblos indígenas.

I. Introducción

1.1. Antecedentes y Datos Estadísticos

En los últimos años, ha brotado un interés creciente en indagar la violencia contra las mujeres, y es que esta forma de expresión era divulgada de la manera más privada y se manejaba en secreto dentro de las familias. En el ámbito social, se ha convertido en un aspecto central para que los movimientos sociales estuviesen a favor de los derechos humanos de las víctimas, teniendo en cuenta, que el movimiento feminista jugó un papel clave en su reconocimiento social (Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas [ENSADEMI], 2008). Así mismo, en la actualidad la violencia ejercida en contra de las mujeres se considera un problema de Salud Pública y una transgresión grave de los Derechos Humanos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Conforme, a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la violencia contra la mujer es “Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les llegue a causar daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”. Además, menciona su tipología que son: física, psicológica, patrimonial, económica y sexual (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Las estimaciones mundiales reportadas por la OMS (2021), indica que la violencia ejercida en contra de las mujeres representa una de cada tres mujeres (30%), de haber sido objeto de violencia física y sexual por sus parejas o violencia sexual, por terceras personas en algún momento de su vida. También, en los países más pobres son más susceptibles, representando el 37% de las mujeres de haber sido objeto de violencia física y sexual por sus parejas en algún momento de su vida, además en algunos de estos países la prevalencia llega a ser, una de cada

dos mujeres. Así, en las regiones con más altas prevalencia de violencia de pareja en mujeres de 15 a 49 años, se concentran en Oceanía, Asia meridional y África subsahariana, que varían entre el 33% y el 51%. Así mismo, las tasas estimadas más bajas se encuentran en los países europeos, asiáticos centrales y el sureste asiático, que van de 16% a 21%.

En México, el instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2022) reportó que, la población total del país, una de cada 10 mujeres es indígenas, tomando en cuenta que viven un poco más de 6 millones de mujeres indígenas. También, a nivel nacional se visibiliza en varios indicadores la desigualdad que viven las mujeres indígenas, en comparación con aquellas no indígenas, un notable ejemplo de vulnerabilidad es, del total de mujeres indígenas (25.7%) corresponden a jefas del hogar, porcentaje pequeño en comparación, con aquellas que no son indígenas (32.5%); agregando a lo anterior, el (49.4%) de las jefas de hogar tienen ingresos económicos bajos o equivalente al salario mínimo, esta misma percepción monetaria la viven las mujeres no indígenas con (27.9%).

Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH,2021), realiza un parteaguas en el conocimiento de la violencia en nuestro país, en donde exploró la prevalencia de violencia contra las mujeres de 15 años y más por condición étnica, hablante de lengua indígena y de pertenencia indígena. Se estima que el 13.6 millones de mujeres de 15 años y más hablante de una lengua indígena, se consideran indígenas (27% del total), otro punto es, que de las 3.3 millones de mujeres que hablan alguna lengua (6.6 % del total), el 60.5 % han experimentado violencia en ese mismo periodo. De esta población, la ENDIREH reportó a las mujeres de 15 años y más, en los últimos 12 meses que han experimentado violencia, y que son hablante de una lengua indígena y se considera indígena en un 40.6 %.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI, 2020), Oaxaca, es una de las entidades del país con una mayor concentración de población indígena hablante de una lengua materna, la población de tres años y más, hablan alguna lengua representando el 31.18 % del total) de la población de los cuales, 646.4 mil, (52.9 %) son mujeres y 575.1 mil, (47.1 %) son hombres.

En este sentido, la ENDIREH (2021), indagó la prevalencia de violencia en el estado de Oaxaca, el cual mostro que 7.1 % de las mujeres de 15 años y más, habían experimentado algún tipo de violencia (económica, sexual, física, patrimonial o discriminación), llevada a cabo en al menos un ámbito y realizada por cualquier persona agresora en los últimos 12 meses, se registró un total del 39.1 %. Además, el indicador reportó de al menos un incidente de violencia (de cualquier tipo a lo largo de la vida) en mujeres de 15 años y más. Se encontró, además, una mayor prevalencia de al menos, una situación de violencia de cualquier tipo a lo largo de la vida, en mujeres de 15 años y más, que viven en áreas urbanas (72.1%), de edad entre 25 años y 34 años (70.3%), con nivel de escolaridad superior (82.7%), que se encuentran separadas, divorciadas o viudas (77.2%), además, las que no hablan alguna lengua indígena y no se considera indígena (73.8%).

Por otro lado, INMUJERES (2018), puntualizó que en la salud hay un impacto desigual en ser mujer o hombre, no se trata esencialmente los factores biológicos y fisiológicos internas de cada persona, por el contrario, se visibiliza las diferencias de género, relacionadas con factores sociales y culturales, así como las creencias y valores.

Del mismo modo, la violencia ejercida en contra de las mujeres independientemente de su tipo puede llegar afectar de manera negativa la salud de las mujeres, es decir, de forma física, mental y sexual en ellas. Asimismo, en diversas literaturas científicas han encontrado un binomio

potencial, entre la violencia de pareja y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemia y otras enfermedades no transmisibles, los efectos más directos y visibles de la violencia pueden ser lesiones físicas y los malos tratos suelen ser hechos constantes durante un largo tiempo que pueden ser una influencia visible en la salud mental de las mujeres afectadas (Ponte et al., 2023).

En este sentido, aumenta la preocupación sobre la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (los accidentes de ataque cerebral y la diabetes mellitus tipo 2), actualmente en población indígena, hasta hace poco se pensaba que los indígenas fallecían por enfermedades infectocontagiosa. Hoy en día, son una tendencia las enfermedades crónicas que se acompaña el incremento de obesidad, la diabetes y la hipertensión (Lerín y Reartes, 2023).

Todas estas observaciones se relacionan también, en un trabajo de investigación dirigida a poblaciones indígena mexicana, resaltando que las poblaciones indígenas son más propensas a desarrollar diabetes mellitus tipo 2, por factores genéticos y factores de inequidad social, menos años de escolaridad, un nivel socioeconómico bajo y el restringido acceso a los servicios de salud (Buichia et al., 2020).

A continuación, se muestran los estudios relacionados con la violencia doméstica y la diabetes mellitus tipo 2.

1.1.1 Estudios Relacionados

Montesi (2017) realizó un estudio cualitativo etnográfico con enfoque fenomenológico, titulada, “la diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los Ikojts de Oaxaca”. El objetivo del estudio fue entender las representaciones socioculturales de la diabetes, en otras palabras, los significados compartidos y las experiencias de vida de los decaídos. Los hallazgos revelaron que hombres y mujeres relacionan su enfermedad con una impresión profunda y con

una extensa serie de situaciones estresantes por lo que, las mujeres adjudican su desbarajuste emocional a problemas intrafamiliares: violencia física y discusión fuerte con el marido y preocupación por las situaciones de los hijos.

Por otra parte, Arias et al. (2020) efectuaron una investigación cualitativa con base en la Teoría Fundamentada (TF), en Tabasco, México, en hombres y mujeres adultas con diabetes mellitus tipo 2. El objetivo del estudio fue entender cuál es la percepción de la población indígena Chontal en la calidad del control de la diabetes tipo 2. Los problemas que expusieron los indígenas chontales son, violencia doméstica en caso de las mujeres, aguantar maltratos y humillaciones, la falta de apoyo por sus familiares, una economía precaria, desigualdad social, regazo en la atención médico-paciente y que son vistos como una “enfermedad” y no como persona.

Con respecto a Trujillo et al. (2008) realizaron una investigación con metodología cualitativa, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, para analizar la manera en que el autocuidado de diabetes mellitus tipo 2 está condicionado por las formas de organización domésticas, teniendo como hilo conductor las relaciones de género, que finalmente provocan oportunidades diferenciadas en mujeres y hombres. En los hallazgos, con “autocuidado en hogares con estructura patriarcal”, se encontró en caso de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2; vivencias de violencia física, acceso restringido a los recursos económicos y atención a su salud, también, violencia patrimonial y con autoestima negativa en relación con su enfermedad.

Cruz y Cruz (2020) realizaron un estudio cualitativo de corte fenomenológico-hermenéutico, en Tabasco, México, con el objetivo de comprender el significado de la diabetes mellitus tipo 2 y algunas diferencias de género en torno al cuidado de la enfermedad en hombres y mujeres de la comunidad indígena de la etnia Chontal. Los resultados del estudio indicaron que

la enfermedad se veía como un destino fatal, había desconfianza en la diálisis peritoneal e insulina, también resalto el significado de la herbolaria como un tratamiento eficaz, además, las mujeres se cuidan más y para concluir se encontró confianza en el poder divino para los resultados de salud.

Por otro lado, García et al. (2017) efectuaron una investigación cualitativa etnográfico. El propósito de este estudio es, contribuir al conocimiento científico sobre las convicciones en su padecimiento vinculada con la diabetes que tienen los integrantes de la comunidad Wixárika, para obtener evidencias que sostengan la búsqueda de soluciones a la problemática de salud-enfermedad. Los datos encontrados, es que atribuyen la diabetes como castigo por los dioses, puesto que los síntomas y signos se perciben por separado, además no es conocida por el curandero (Marakame), es decir, que dentro de esta etnia no la pueden tratar, no la conocen como parte de su cultura, es traída por los mestizos, y que llegó a sus comunidades con los procesos de modernización y la cultura occidental.

Deborah et al. (2019) realizaron una revisión bibliográfica sobre los factores psicosociales que influyen en la DM2. Unos de los hallazgos más importantes encontrados en este estudio son, un alto índice de malestar emocional en las personas con diabetes mellitus tipo 2, como la depresión, ansiedad y angustia, además la adherencia al tratamiento apenas se visibiliza en 50% y autocuidado baja, así mismo, se reporta en el ámbito social que las mujeres se hallan en condiciones desfavorables ante diferentes factores de riesgo de DM2: obesidad, sedentarismo y bajos ingresos; y además su vulnerabilidad es mayor en ocupación, ingresos y educación, para concluir se ha detectado que DM2 produce cierto grado de estigmatización y discriminación.

En cuanto a, Page (2019) ejecutó un estudio cualitativo, “Memoria, imaginación y miedo en la génesis de la diabetes mellitus. El caso de una mujer guatemalteca”. El propósito de este estudio fue, explorar las representaciones sociales, en torno a las emociones que se van configurando, como es: recuerdo, imaginar y miedo; vinculadas con la persistencia por largo periodos de sufrimiento emocional. Se revela, el caso de Doña Caridad que precisó su sufrimiento emocional complejo y desgastante, cuando cuatro de sus hijos y esposo mueren por complicaciones del sarampión, tiempo después, el arrasamiento de su aldea y exterminio, además, la desaparición forzada de sus padres y de su último hijo a partir de, esto los recuerdos dieron forma, nutrieron y retroalimentaron el sufrimiento, la imaginación y el miedo.

Por su parte, Juárez et al. (2021) realizaron una investigación cualitativa con diseño exploratorio. Su interés fue reflexionar sobre el apoyo emocional de los grupos de Ayuda Mutua (GAM), que dan a personas indígenas con diabetes y su importancia en el apego al tratamiento. Se encontró que los participantes, con el paso del tiempo lo identificaban como una opción para pasar el rato, aprender cosas nuevas y sentirse a gusto, se sintieron comprendidos, dormían mejor el GAM les proporcionaba alivio y les gustaba realizar actividades con otros pacientes así disminuían su soledad, tenían más control sobre la enfermedad porque el personal médico los revisaba en cada sesión.

Por otra parte, Hirsch y Alonso (2020) desarrollaron un estudio cualitativo de exploración etnográfica. Su objetivo fue identificar diferencias en los itinerarios terapéuticos en hombres y mujeres con diabetes y describir su articulación con los efectores de salud pública. Se reporta un alto índice de diabetes y de emergencia, dificultad al acceso a los servicios y adherencia al tratamiento, sin actividad física y educación diabetológica, asimismo mencionan distanciamiento de la biomedicina, desconocen el término “enfermedad crónica”, usan con más frecuencia

plantas medicinales, presentan doble condición de diabetes (sindemia), además asocian como determinante al estrés emocional, algunas mujeres el consumo de “cosas dulces”, “confianza en Dios” hombres y mujeres denominaban “sangre dulce”, los hombres circundan como “muerte lenta”.

Otro punto es, Andrade et al. (2020) realizaron una investigación denominada “Representaciones sociales de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Neiva (Colombia), con enfoque cualitativo etnográfico. Cuyo objetivo fue producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información sobre las personas, de acuerdo a las conductas. Los hallazgos indican que, en las representaciones sociales asocian con las palabras: azúcar, angustias, cambios, enfermedad, herencia, muerte y tristeza.

Con respecto a, Buichia et al. (2020) llevaron a cabo una investigación de revisión sistemática, con el objetivo de identificar la literatura científica sobre la prevalencia de DM2 y los factores asociados en población indígena de México. Descubrieron los factores de riesgos asociados a la DM2, y es ser mujer, mayor edad, tener menos escolaridad, la presencia de antecedentes familiares de diabetes, presentar obesidad, Hipertensión Arterial y una mayor circunferencia de cintura-cadera.

Acerca de, Yañez y Matus (2018), presentaron una pesquisa de método cualitativo, con enfoque fenomenológico. Se somete la interpretación de las sensaciones, los sentimientos, y más estrictamente las emociones que se generan en situaciones que comprometen la salud, para dar cuenta de la caracterización de la DMT2, en situaciones de emergencia y sus factores modificables. Se descubrió que son causadas por una “emoción extrema” de los temblores, otros relacionaron con malos hábitos de alimentación, herencia y aumento de peso, la población vivió con miedo y angustia durante los días que la tierra se estremeció, en conjunto las mujeres

reconocieron que la experiencia del mes de septiembre fue el motivo de la evolución acelerada de la DMT2.

En la revisión de la literatura de diversas bases de datos académicos se encontraron, en la mayoría estudios cualitativos que abordan diabetes mellitus tipo 2. Es decir, que se encontraron escasos estudios que realizan una intersección entre la categoría diabetes mellitus tipo 2 y violencia doméstica, en población indígena, por tal motivo, el presente estudio se vuelve relevante porque pretende visibilizar las voces y experiencias de las mujeres indígenas de la etnia mazateca que viven tales condiciones.

1.2 Propósito de la Investigación

El propósito del siguiente estudio es, indagar las vivencias de violencia que experimentan las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2; el estudio es de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico.

1.3 Interés Personal por el Fenómeno de Estudio

Mi interés por este fenómeno de estudio, surgió a raíz de mi experiencia durante el servicio social, en un Hospital básico comunitario atendiendo a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, con mayor predominio en mujeres indígenas de lugares contiguas de la sierra norte de Oaxaca, en otras palabras, eran las mujeres las que más frecuentaban para recibir un tratamiento médico.

En este sentido, la cotidianeidad que vivían estas mujeres me interesó. En la consulta, observaba y escuchaba que pasaban por situaciones muy complejas ante la enfermedad, y aquí vale la pena decir, que estas mujeres articulaban su padecer, como una vulnerabilidad para ellas mismas, su familia y para la sociedad. Puesto que, tener una enfermedad crónica era mucho más

compleja, desde este fenómeno tuve un desasosiego mucho más profundo y vincular con violencia que experimentan a diario estas mujeres.

Así, tiempo después, al conversar con una mujer indígena de mi comunidad, mencionaba que físicamente ella se sentía muy mal por el descontrol de la enfermedad, ya que tenía más de una década con la diabetes mellitus tipo 2, y ya presentaba complicaciones con la visión, además, compartió que desde que su pareja lo asesinaron, trágicamente su vida cambió al hacerse cargo de sus dos hijas, y trabajó muy duro para proveerles el sustento diario. Esta mujer con el paso del tiempo sufrió mucho más, al no tener una casa propia y además su hija mayor se fue a la ciudad a trabajar y se olvidó de ella por completo. Además, añadió, que en diversas ocasiones había experimentado violencia de género por personas de la comunidad. Este suceso fue narrado en mazateco y al expresarlo se sentía más calmada, manifestando que veces no lleva el control de su diabetes mellitus tipo 2 por la inestabilidad económica, y, por lo tanto, se sentía vulnerable y sin fuerza alguna.

En relación con, lo expresado anteriormente muchas veces las personas, que son de escasos recursos y sobre todo las mujeres indígenas, son las que más sufren por una enfermedad crónica y además sufren de maltrato y discriminación por la condición de etnia, y cuando solicitan atención médica en los centros de salud no se les brinda un cuidado con enfoque intercultural.

Debido a la experiencia compartida por la mujer, fue detonante para la elección de mi tema de investigación, todo esto me llevo a cuestionar ¿Qué sentimientos experimentaban estas mujeres, al vivir discriminación y violencia?, ¿Cómo enfrentaban la situación, además de vivir una enfermedad crónica degenerativa? Y ¿Quiénes conformaban sus redes de apoyo más cercanos?.

II. Justificación

Cada día es más difícil ignorar, la situación que enfrentan las mujeres indígenas puesto que, adquieren mayor relevancia por las manifestaciones más graves de desigualdad entre los hombres y las mujeres indígenas. De la misma forma, representa una situación de solución difícil desde la Salud Pública, expandiéndose de manera negativa a nivel mundial, sin importar las clases sociales, edades, ideologías políticas y religiosas, además, manifestándose de forma negativa en la salud de las víctimas, como problema social y de derechos humanos que se ve como una prioridad en salud y bienestar (Caudillo et al., 2017, como se citó en Zamudio et al., 2014).

En relación con lo anterior, la situación de Salud Pública que enfrenta la población indígena resulta ser un problema social, que pone en relieve la vulnerabilidad, aislamiento, exclusión cultural y social, dentro de los grupos étnicos. Además, la vulnerabilidad que viven las mujeres indígenas sobrepasa, estas mujeres indígenas representan los sectores más pobres, originándose una brecha al acceso a la educación, empleos con buena remuneración, se preparan con más disposición para el servicio doméstico, la cual tiene una elevada prevalencia de experimentar violencia física, psicológica, sexual y discriminación (Caudillo et al., 2017, como se citó en Muñoz y Vázquez, 2010).

Por otro lado, la literatura científica apunta que los recursos destinados en materia de Salud han encontrado menos disponibilidad para la población indígena y rural. Así mismo, en materia de seguridad social, las poblaciones indígenas siguen siendo las más abandonadas que las poblaciones no indígenas, es decir, que tienen menos acceso a seguridad social y es un hecho claro de las condiciones estructurales de desigualdades que llegan a tener; menos oportunidades en educación y empleos formales con afiliación a la seguridad social (Meneses, 2020).

Por otra parte, la diabetes es más notorio en las personas indígenas, asimismo, están reproduciéndose más rápido. Las características más comunes están ligadas a factores de riesgos individuales (como la edad, los antecedentes familiares, el sexo, y las características genéticas), y estructurales como los sistemas de salud y la pobreza (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En este sentido, la diabetes puede ocasionar consecuencias en la salud de las personas, afectando a sus familiares y a su entorno. Se visibiliza vulnerabilidad en salud, desprotección de grupos poblacionales indígenas ante daños potenciales a su salud, es decir, mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud por falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (Buichia et al; 2020).

Otro punto es, las mujeres al ser diagnosticadas con DMT2 experimentan sentimientos de privación, cansancio emocional, preocupación y temor a las complicaciones de la enfermedad a pesar de, son las que menos reciben apoyo por parte de su familia, considerando que el apoyo familiar es importante para el automanejo de la diabetes. Del mismo modo, ellas piensan que los diferentes roles que desempeña en la sociedad (madre, esposa, hija, cuidadora), son un obstáculo que les dificultan para el automanejo de DMT2, incluso llegan a ocultar su diagnóstico para proteger a sus familiares de la carga de su enfermedad (Mendoza et al., 2017).

Como se argumenta en, este estudio la diabetes se asemeja a sentimientos negativos como conflictos, rabias y tristezas, considerando que, estas personas poseen representaciones y practicas alternativas de la enfermedad, que muchas veces son compartidas entre ellos, sin embargo, son ignoradas por los profesionales de la salud, dado que, no es un conocimiento técnico, ni científico (Andrade et al., 2020, como se citó en Peres et al., 2008, y Torres et al., 2005).

Como se sostiene en esta investigación, en el imaginario social sobre la DM2, se ha encontrado elementos asociados a la discapacidad, invalidez y limitación física. Es decir, que colocan a los pacientes en un lugar de estigmatización y discriminación. Además, los actos discriminatorios se pueden dar en diferentes ámbitos, tanto en el ámbito laboral y social, como en la salud, en estas líneas se menciona que el control de la enfermedad se ha vuelto un desafío, una carga para el área de la salud pública, ya que es una de las enfermedades más costosas, lo que significa costes en hospitalización, medicación y ausentismo laboral. De aquí la importancia de un abordaje interdisciplinario (medicina, nutrición, enfermería, psicología, entre otras), con profesionales que presenten formación en educación diabetológica (Deborah et al., 2019).

Por otra parte, en síntesis, este padecimiento refiere cobrar mayor relevancia, cuando se trata de comunidades indígenas, sobre todo, entre las diversas culturas indígenas de México y Latinoamérica, existe una diversidad de cosmovisiones acerca de la salud, enfermedad, curación y causalidad de los padecimientos que no siempre enfatizan con la biomedicina (Cruz y Cruz, 2020, como se citó en Bernardo, 2015).

En contraste con lo anterior, es fundamental que un equipo multidisciplinario resalte la importancia de profundizar en la estimación social, familiar, y laboral, dado que, la persona que tiene diabetes le avergüenza reconocer la enfermedad, además le genera depresiones, ansiedades y estrés; y por tal motivo, algunas personas tratan de afrontar su situación atendiéndose a la práctica de la medicina alternativa o popular (Andrade et al., 2020, como se citó en De los ríos et al., 2004 y Machado et al., 2011).

Por otro lado, en las últimas décadas ciertas investigaciones o fuentes han determinado la violencia en mujeres indígenas, un ejemplo de ello es que, en los centros de salud, donde reciben un trato irrespectuoso, abusivo, negligencia o negación al tratamiento. Asimismo, la

vulnerabilidad observada en las víctimas al momento de recibir atención, al no brindar con un enfoque intercultural el servicio que reciben habiendo una limitación por falta de personal capacitado (Bengwayan et al., 2022).

La relevancia disciplinar de este estudio, radica en detectar las vivencias de violencia que viven las mujeres de la etnia mazateca diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, puesto que, constituye un problema social de primer orden en la actualidad, además, que las instituciones públicas lo reconozcan como un problema de Salud pública, asimismo, es de suma importancia reconocer las vivencias de violencia que existen con las indígenas, dado que, este grupo de población indígena son más vulnerable, para así tener una base de información que emane de las propias voces de las mujeres indígenas que experimentan tales situaciones.

En conclusión, es importante comprender que siempre ha existido diferencias entre hombres y mujeres, en términos de derechos, generando una profunda desigualdad (Mendoza et al. 2017). En ese sentido, este fenómeno debe ser abordado desde la disciplina de enfermería desde una perspectiva de género, de interculturalidad y de derechos humanos para otorgar un cuidado integral a las mujeres indígenas que han sido discriminadas o violentadas a partir de su género y además, con la condición de diabetes tipo 2. Teniendo en cuenta que, la esencia de enfermería es el “cuidado”, es importante visibilizar las violencias que atraviesan estas mujeres, para posteriormente realizar estudios de intervención que mejoren la calidad de vida en estas mujeres indígenas.

2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las vivencias de violencia que experimentan las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2?

III. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Indagar las vivencias de violencia experimentadas por las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2, de San Felipe Jalapa de Díaz.

3.1.1 *Objetivos Específicos:*

Caracterizar socio demográficamente a las mujeres indígenas mazatecas.

Describir con el Modelo Analítico de Nancy Scheper Hughes y Margaret Lock del “Mindful Body” o “cuerpo consciente”, como las mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2 experimentaron violencia.

Interpretar a la luz de la Fenomenología de la percepción de Maurice Merleau Ponty, como las mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2 experimentaron violencia.

IV. Marco Teórico

Violencia física: Es cualquier acto que cause daño no accidental, empleando fuerza física o algún tipo de arma u objeto que logre provocar o no lesiones de forma interna, externa, o ambas, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia psicológica: Es cualquier acto u omisión que perjudique la estabilidad psicológica que radica en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conlleva la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia sexual: Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia económica: Es toda operación u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se exterioriza a través de las restricciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se ostenta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales, abarcando los daños a los bienes comunes o propios de la víctima, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia contra la mujer : Es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les lleve a causar daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la

muerte tanto en el ámbito privado como en el público, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia familiar: Es el hecho abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o hayan mantenido una relación de hecho, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

Violencia comunitaria: Actos individuales o agrupadas que violentan los derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público, (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).

4.1 Fundamentación Teórica

Para el abordaje de este estudio se tomó en consideración el Modelo Analítico de Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) del “Mindful” o “cuerpo consciente” sobre las posibles contribuciones a la antropología médica y filosofía antropológica centrando su atención en las concepciones del cuerpo como objeto de estudio.

De acuerdo con el enfoque teórico del Modelo analítico de Scheper-Hughes y Lock (1987), estas autoras son las que más han indagado, escrito y contemplado sobre la violencia, al proponer el cuerpo en tres niveles, al observar y estudiar las diferentes formas del sufrimiento humano e incluyendo las emociones.

Scheper-Hughes y Lock (1987) en su modelo analítico del “cuerpo consciente” a la Antropología Médica manifiesta, a los antropólogos en superar el dualismo Cartesiano que separa mente y cuerpo. Se inicia reconociendo el cuerpo, que funciona como una máquina física

y simbólica al mismo tiempo, tanto natural y culturalmente aferrándose en un momento histórico particular. Esta teoría estudia el cuerpo en tres perspectivas:

- El cuerpo individual
- El cuerpo social
- El cuerpo político

Nancy Scheper-Hughes y Lock (1987) determinan que las emociones son las catalizadoras que se atreven a experimentar el cuerpo: la sensación aflictiva, la enfermedad, la locura, la depresión, la incapacidad y la muerte. Para una antropología del cuerpo justamente sería precisar una teoría de las emociones que permita entender el padecimiento y la sensación aflictiva que son experimentados y proyectados en imágenes del bienestar o escaso funcionamiento del cuerpo social y político y actualmente en este momento, en la antropología social han limitado su inclinación en las emociones en donde son formales, públicas, rituales y distantes.

Por otra parte, las emociones y pasiones más privadas de las personas han sido abordada por antropólogos psicoanalíticos y psicobiológicos, estos mismos las han limitados a una exposición breve acerca del mundo innatas, impulsos e instintos, esta separación artificial, enfocada en una falsa dicotomía entre los sentimientos culturales y pasiones naturaleza, nos lleva a las viejas dicotomías mente/cuerpo, naturaleza/cultura, individuos/sociedad conocida hoy en día como una tradición epistemológica.

Por otra parte, en la opinión de Geertz, (1980, como se citó en Scheper-Hughes y Lock, 1987) la inquietud de aproximarse a cualquier expresión de sentimientos y gestos humanos, de manera pública o privada, individual o colectiva, reprimida o expresada es libre de una simbolización y un significado cultural. Además, la manifestación más exagerada del paradigma

de Geertz y compartida por antropólogos médicos y psicólogos nuevos, es que sin cultura no podríamos saber cómo sentir o como experimentar en el cuerpo.

Igualmente, en la intensidad en que las emociones se refiere tanto los sentimientos como las orientaciones cognitivas, la moralidad pública y la ideología cultural; las autoras piensan que proveen una conexión perdida o “Missing link” capaz de perpetuar el cuerpo y la mente, individuo, sociedad y cuerpo político.

En este sentido, los tres cuerpos no específicamente se establecen en tres unidades de análisis que plantean el abordaje del cuerpo, más bien enfoques teóricos y epistemológicos diferentes: que se localiza la fenomenología, el estructuralismo y el postestructuralismo, puesto que, en los “tres cuerpos” dan un concepto heurístico utilizable para la comprensión de las culturas y sociedades.

El cuerpo Individual

El cuerpo individual, se ha figurado en un primer nivel dentro del modelo analítico de Scheper-Hughes y Lock (1987). En este primer nivel se enfoca en las concepciones biomédicas contemporáneas del cuerpo humano, es donde se habla de las bases racionales y las prácticas clínicas a tratar lo observable y palpable a los sentidos.

Nancy Scheper-Hughes y Lock (1987) el legado Cartesiano a la medicina clínica y las ciencias naturales y sociales es una concepción mecanicista del cuerpo y sus funciones, no tienen éxito en definir una causalidad “mindful” pensante de los estados somáticos. Asimismo, a principios del siglo XX, se hace presente la Psiquiatría, el Psicoanálisis y comienza progresivamente el desarrollo de la medicina Psicosomática para iniciar a juntar “mente” y “cuerpo” en la teoría y práctica clínica. Considerando que, actualmente se mantiene firme la

tendencia a clasificar y a tratar las enfermedades como si estas fueran totalmente orgánicas o totalmente psicológicamente.

Además, las autoras de este modelo manifiestan la postura del pensamiento Cartesiano, es decir, que no solamente se enfoca mente/ cuerpo, sino también en lo natural/socio-cultural. Cuando un examen diagnóstico se explicaba su causa “verdadera” u orgánica es descubierta, los aspectos psicológicos y sociales de estas formas de sentir y experimentar la enfermedad, tienden a ser olvidados, asimismo, cuando se diagnosticaba algún tipo de psicopatología severa, eran los síntomas y complicaciones orgánicas los que tendían a ignorarse. El dolor, expresan las autoras podría ser físico o mental, biológico o psico-social, jamás los dos o rara vez otra cosa diferente.

El cuerpo Social

El cuerpo social ha sido abordado por varios antropólogos simbólicos y estructuralistas, destacando hasta que unidad pueden llegar los humanos hallando al cuerpo, “bueno para pensar”. Por otra parte, Douglas (1970, como se citó en Schepers-Hughes, 1987) el cuerpo social es por tanto simbólicamente naturalmente, que nos proyectan diversas definiciones relacionadas con el cuerpo, así las construcciones culturales de y sobre el cuerpo para sustentar de manera particular la forma de organización, relacionarse socialmente.

Así mismo, la forma en que el cuerpo es un artefacto físicamente culturalmente, no constantemente puede conseguirse observar hasta donde termina la naturaleza y empiezan las ecuaciones simbólicas de la cultura.

Con respecto a, Schepers-Hughes y Lock (1987) en el cuerpo social, uno de los usos representados más interesantes en el mundo no occidental, ha sido la domesticación de los espacios en los cuales habitamos los humanos. En relación con, el mundo embodied

(encorporizado). En concordancia, con este modelo se puede hacer uso para relacionar la violencia en mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2.

Cuerpo Político

El cuerpo político se enfoca en el poder, control, regulación y vigilancia ejercida entre los cuerpos individuales y sociales, que abordan en aspectos como el trabajo, la sexualidad, el trabajo, el ocio y la enfermedad.

4.2 Referencial Teórico Filosófico

Para el siguiente estudio se ocupó el referente filosófico de la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty.

Como afirma Merleau-Ponty (1945) la Fenomenología “es el estudio de las esencias” donde todo se soluciona en puntualizar las esencias: la esencia de la percepción, la esencia de la consciencia. Y como vuelve a confirmar la fenomenología es, asimismo, una filosofía que reedifica las esencias dentro de la existencia y además expresa que, a partir, de su facticidad del hombre y el mundo pueda comprenderse. Además, la fenomenología solo es accesible a un método fenomenológico.

Merleau-Ponty sostiene la opinión de, que cuando se piensa en el cuerpo se está enfocando en diversas disciplinas, es decir, que le encuentran varias definiciones al cuerpo, y también se enfoca en diferentes áreas como: biológica, psicológica, histórica, artística, y cultural. Asimismo, la modernidad ha hecho varios postulados al cuerpo a partir de, nociones y concepciones filosóficas que aventuran realidades y definiciones aparentemente definitivas, puesto que, esto se convierte en objeto de estudio y prácticas de exclusividad disciplinarias (Como se citó en, Ferrera, 2019).

Desde este punto de vista, la fenomenología Merleau-Pontiana sugiere al cuerpo como una superación del conocimiento disciplinar, de tal manera, que se atribuye a la comprensión de su existencia, valoración de su subjetividad y a la resignificación de su experiencia temporal. Para el filósofo Merleau-Ponty (1996), “cada presente capta paso a paso, a través de su horizonte del pasado inmediato y del futuro próximo, la totalidad del tiempo posible”, además es el cuerpo vivido y la experiencia se encuentran al relacionarnos con el mundo, y es el mundo lo que refleja por medio del cuerpo (Como se citó en, Ferrera, 2019).

En relación con, el cuerpo fenomenológico, ¿Qué es la experiencia del cuerpo? Según, Merleau-Ponty (1996) “estamos en el mundo, somos del mundo, eso es: unas cosas se dibujan, un individuo inmenso se afirma, cada existencia se comprende y comprende a los demás”. De otra manera, nosotros estamos en el mundo y de esta manera el mundo está en nosotros, es una vinculación de cooriginariedad simultánea; uno se entrega al mundo tanto como él te regresa al uno (como se citó en, Ferrera Sullivan, 2019).

De acuerdo, a Merleau-Ponty (1996) se preguntan ¿Qué vendría a ser un cuerpo? En donde él mismo anuncia una aproximación a la noción de cuerpo: “En el mismo instante en que vivo en el mundo, en que estoy entregado a mis proyectos, a mis ocupaciones, mis amigos, a mis recuerdos, puedo cerrar los ojos, recostarme, escuchar mi sangre palpitando en mis oídos, fundirme en un placer o un dolor, encerrarme en esta vida anónima que subtiende en mi vida personal. Pero precisamente porque puede cerrarse al mundo, mi cuerpo es, asimismo, lo que me abre al mundo y me pone dentro de él en situación (Como se citó en, Ferrera, 2019).

Por otra parte, diferentes paradigmas y matrices teóricos conceptuales han producido un conjunto de ideas analítico que han denominado demostrar de varias opciones la concepción del cuerpo. Y es de esta forma, que el cuerpo propio deja que el otro comprenda y a lo otro. Una señal, un signo, un gesto: el sentido del cuerpo en su gesto penetra con la estructura del mundo que el propio gesto construye y bosqueja (Como se citó en Ferrera, 2019).

Con respecto a, el filósofo Merleau-Ponty, manifiesta lo visto será siempre detrás, después o entre los aspectos que observamos, la forma única de entrar a ello es por medio de una experiencia que, así mismo, se encuentra totalmente fuera de sí mismo. De esta manera, el cuerpo envía nuevas significaciones más allá de sí mismo, las cuales logran reorganizar la estructura de nuevos pensamientos y experiencias (Como se citó en Ferrera, 2019).

V. Marco Metodológico

5.1 Diseño

Para la realización de este estudio, se ha seleccionado un enfoque cualitativo con un diseño transversal puesto que, la recolección de datos se realizó en un solo punto temporal (Polit y Beck, 2018). Como afirma Grove (2019) “la investigación cualitativa es un enfoque sistemático que se utiliza para describir experiencias y situaciones desde la perspectiva de las personas que se encuentran en esa situación”.

Con respecto al diseño, se abordó desde el enfoque fenomenológico que consiste en “comprender las experiencias de la vida cotidiana de las personas”. Así mismo, hace referencia que hay una esencia, una estructura fundamental que pueda comprenderse, la esencia es lo que hace que un fenómeno sea lo que es y sin lo cual no sería (Polit y Beck, 2018).

5.2 Informantes

Las informantes fueron mujeres indígenas de la etnia mazateca del municipio de San Felipe Jalapa de Díaz, Tuxtepec, Oaxaca, que experimentaron violencia y con la condición de diabetes mellitus tipo 2.

5.3 Muestreo

Se utilizó un muestreo intencional o deliberado dado que, los investigadores seleccionan conscientemente ciertos participantes, elementos, eventos o incidentes que incluirá en el estudio (Grove, 2019).

5.4 Criterios de Inclusión

- Mujeres que consideren haber experimentado violencia y tenga diabetes mellitus tipo 2.
- Mujeres con rango de edad de 30 a 54 años.

- Mujeres que hablen la lengua indígena mazateca y se considere indígena, además que residen en San Felipe Jalapa de Díaz.

- Mujeres que desean participar de forma voluntaria y firme el consentimiento informado.

5.5 Criterios de Exclusión

- Mujeres que tenga una discapacidad cognitiva para colaborar en la entrevista.

5.6 Criterios de Eliminación

- Mujeres que se encuentren ausente o hayan cambiado de domicilio durante la aplicación de la entrevista.

5.7 Escenario

La presente investigación se desarrolló en el Municipio de San Felipe Jalapa de Díaz, Tuxtepec, Oaxaca. Comprende uno de los 570 municipios que conforma el estado, se localiza en la región del Papaloapan, perteneciente al distrito de Tuxtepec. Asimismo, este municipio se fundó el 15 de marzo del año 1825 (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INAFED], 2010).

Los límites territoriales que comprende el municipio son: al norte con los municipios de San José Tenango, San Pedro Ixcatlán y San Miguel Soyaltepec; al este con los municipios de San Miguel Soyaltepec y San Lucas Ojitlán; al sur con los municipios de San Lucas Ojitlán, San Andrés Teotilámpam y San Pedro Teotila; al oeste con los municipios de San Pedro Teotila, San Bartolomé Ayautla y San José Tenango. Sus coordenadas geográficas son 18°00, y 18°08 de latitud norte; los meridianos 96°26 y 96°39, de longitud oeste; altitud promedio que tiene es de 140 metros sobre el nivel del mar (Instituto Nacional de estadística y Geografía [INEGI], 2010).

Otro punto es, que el municipio cuenta con una extensión territorial de 154.38 km.², es decir, que representa el 0.1618 con relación al estado. Sobre, su clima es caluroso, que llega hasta una temperatura de 24.7°C; con abundantes lluvias en los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre. Al respecto conviene decir que, sus principales ecosistemas que caracteriza es una flora de selva media, entre las que se encuentran las principales especies, el amate, higo, aguacatillo, caoba, roble, cedro, limonae, palma, ceiba y hormiguillo (INEFED, 2010).

Por otro lado, en el municipio de San Felipe Jalapa de Díaz, actualmente viven 28, 500 personas, distribuida por 13, 405 hombres y 15, 095 mujeres; es decir que el total de números de habitantes representa el 0.7 % de la población total del estado. Además, se reportó que en el municipio de San Felipe Jalapa de Díaz habían 16, 929 personas mayores de 18; de las cuales 9, 142 eran mujeres (54. %) y 7, 787 hombres (46.0%). Teniendo en cuenta, que las personas mayores de edad, representaba el 59.4% de la población de San Felipe Jalapa de Díaz (instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, [INEGI], 2020).

En cuanto a, la población indígena de tres años y más, que hablan una lengua indígena, se reportó un total de 22.6% personas, además, las lenguas más habladas son el mazateco que corresponde a (22,240 habitantes), el chinanteco que corresponde a (232 habitantes) y el náhuatl (22 habitantes). En cuanto a la escolaridad, según la secretaria de Economía, 2023, (como se citó en INEGI, 2020), la distribución porcentual de la población de 15 años y más, por grado académico aprobados se encontró de la siguiente manera: primaria con un total de (56.8%), secundaria con un total de (26.6%) y por último, el Bachillerato con un total de (11.6%)

De acuerdo al, Consejo Nacional de evaluación de la Política de Desarrollo Social, (CONEVAL, 2010) en San Felipe Jalapa de Díaz la población total del municipio fue de 26, 838 personas, aumento 1,662 personas para el año 2020, además para el año de 2010, el porcentaje de

personas sin acceso a servicios de salud que fue de 52.1%, es decir, que fueron un total de 10,958 personas.

5.8 Criterios de Rigor Metodológico

Para fortalecer la integridad metodológica en la presente investigación, se emplearon los criterios descritos por Lincoln y Guba (como se citó en Polit y Beck, 2018), en la investigación cualitativa: Credibilidad, Fiabilidad, Confirmación y Transferibilidad.

Para comenzar, el primer rigor que se tomó en cuenta es la Credibilidad, apeándose al valor verdadero de los datos y las interpretaciones a partir de los hallazgos o más bien la confianza del lector hacia los investigadores cualitativos con los participantes y contexto propio de la investigación.

El segundo rigor, es la Fiabilidad o Confidencialidad de los datos con el tiempo y en distintas condiciones Polit y Beck, (2018). El tercer rigor, es la Confirmabilidad o Auditabilidad que se refiere a la veracidad, la relación lógica y la coherencia entre dos o más personas externas evalúen la exactitud, relevancia o significados de los datos. Y por último, la Transferibilidad o Aplicabilidad, es el grado en que los hallazgos cualitativos son empleados en otras situaciones o entornos (Polit y Beck, 2018).

5.9 Triangulación de Datos

La triangulación de datos, involucra al uso de diversas fuentes de información para validar la colecta de datos, con el objetivo de verificar la información recolectada (Polit y Beck, 2018). Para este estudio, se tomó como base la triangulación de datos que es una estrategia para validar los datos obtenidos de diversas fuentes. Así, para este estudio, se utilizaron las entrevistas a profundidad y la observación participante.

Así, la ambición de la triangulación es “superar el sesgo intrínseco que tiene origen de estudios de un solo método, un solo investigador y una sola teoría” (Denzin, 1989 como se citó en Polit y Beck, 2018). En este sentido, se busca en esta estrategia la obtención de datos útiles y detallados de varias fuentes para aumentar la calidad en los resultados de esta investigación.

En este estudio, se utilizó la triangulación de Teorías, con la finalidad de generar un análisis más profundo de los hallazgos, es decir, se manejó dos teorías diferente: El Modelo Analítico del “Mindful” o “cuerpo consciente” de Nancy Scheper-Hughes y Lock y la Fenomenología de la Percepción de Maurice Merleau-Ponty.

5.10 Técnicas para la Colecta de Datos

Para la recolección de los datos se utilizó entrevistas a profundidad (Ver apéndice 1), las cuales fueron grabadas en una grabadora de audio, posteriormente fueron transcritas en su totalidad. También se empleó la observación, con la finalidad de registrar el lenguaje no verbal de las participantes y así desarrollar una comprensión más profunda del fenómeno de estudio.

Además, para el registro de la observación, se empleó una bitácora (o nota de campo) en donde se registró diariamente la conversación de los participantes en estudio, la interacción con la familia, también se registrarán los datos observados como gestos, expresión facial y postura corporal, todo esto, para comprender mejor el fenómeno de estudio.

5.11 Procedimiento

En primer lugar, se identificaron las informantes que hayan experimentado el fenómeno de interés para esto, se realizaron de dos a tres visitas domiciliarias, con el propósito de conocer el entorno de la participante, para poder realizar la entrevista a profundidad y se les brindó información de manera detallada y el propósito del estudio. Además, se les informo que dicho estudio se realizaría con fines educativos/científicos. Antes de la entrevista a profundidad, se les

proporcione el consentimiento informado por escrito y dando detalles en la lengua nativa mazateca, destacando la protección de sus derechos y de las demás personas a su alrededor. Otro punto, de importancia es que se respetó la privacidad de las informantes, y se entrevistaron cuando sus parejas o familiares estaban ausentes.

5.12 Aspectos Éticos

La presente investigación está sustentada con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (2021), se tomó en cuenta los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los sujetos a investigar. En este sentido, se consideró el Título II “Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos”, Capítulo I y Artículo 13, 14, 16, 17, 20 y 21.

En relación con lo anterior, se examinó lo estipulado en el Capítulo I, artículo 13, es decir, que se respetó la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de las mujeres participantes en esta investigación. Así mismo, en el Artículo 14, Fracción I, V y VII, mencionan, que para realizar una investigación cualitativa se tomará en cuenta un procedimiento muy importante para salvaguardar la integridad de los participantes por medio de un consentimiento informado del participante el cual se implementó de acuerdo a los principios científicos y éticos.

De igual modo, en el Artículo 16, con respecto a la privacidad de las mujeres que participaron en esta investigación, para mantener la confidencialidad, sus nombres fueron cambiados. Asimismo, La investigación se considera sin riesgo, de acuerdo al artículo 17 de la ley en referencia, ya que no se manipulo ninguna variable fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos de investigación.

También, se consideraron los Artículos 20 y 21, Fracción I, VII y VIII, en donde se les otorgo un consentimiento informado por escrito a las mujeres de la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza del estudio, con la facultad de libre elección y sin ninguna coacción, además, las participantes recibieron una explicación clara y completa.

5.13 Plan de Análisis Datos

En la presente investigación cualitativa fenomenológica se empleó el método de análisis de colaizzi como expresan Polit y Beck (2018) el cual consiste en “validación de los resultados por medio de una consulta con los participantes del estudio” a continuación, se muestran los pasos para el análisis:

Paso 1. Leer el protocolo escrito.

Paso 2. Extraer las declaraciones significativas.

Paso 3. Formular significados para cada declaración significativa.

Paso 4. Organizar los significados formulados en grupos de temas.

Paso 5. Integrar los resultados en la descripción exhaustiva del fenómeno.

Paso 6. Formular una descripción exhaustiva en la declaración de identificación de la estructura fundamental.

Paso 7. Regresar con los participantes para validar los hallazgos.

Paso 8. Trabajar con los datos nuevos relevantes con los productos finales de la investigación.

5.14 Recursos Humanos

La presente investigación fue realizada por la Pasante de la Licenciatura en enfermería Yessenia Pérez Esteban, bajo la asesoría de la DCE. Berenice Juan Martínez.

5.15 Recursos Materiales

Para esta investigación, se emplearon los siguientes recursos materiales, como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1.

Recursos materiales y costos

Descripción	Unitario	Total
Laptop	\$6,000.00	\$6,000.00
Internet inalámbrico/recarga	\$2,450.00	\$2,450.00
Libretas	\$40.00	\$40.00
Marcatextos	\$36.00	\$36.00
Hojas blancas t/carta	\$70.00	\$70.00
Impresiones	\$85.00	\$85.00
Mochila	\$600.00	\$600.00
Lapiceros de diferentes colores	\$60.00	\$60.00
Auriculares	\$35.00	\$35.00
Postit	\$55.00	\$55.00
Transporte	\$2,270	\$2,270
Total	\$11,600.00	\$11,600.00

Fuente: Elaboración propia

VI. Resultados

6.1. Caracterización de las Informantes

Las informantes del estudio fueron 12 mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que han vivido episodios de violencia, originarias del municipio de San Felipe Jalapa de Díaz (ver tabla 2). Durante las entrevistas realizadas, las mujeres del estudio se encontraban en un rango de 37 a 54 años de edad, la mayoría de ellas se dedicaban a la artesanía, es decir, elaboración de ropa típica bordada a mano sobre la tela de rayón, con dibujos de pájaros y flores de la región. Con respecto a, la escolaridad; tres de las informantes son analfabetas, cuatro de ellas no terminaron sus estudios de nivel primaria y cinco de las informantes tienen la primaria completa. Con referencia al estado civil, de las 12 mujeres indígenas participantes, dos mujeres están solteras, cinco de las mujeres entrevistadas están en unión libre y la mayoría de las mujeres están casadas.

En cuanto a la religión, siete mujeres profesaban la católica, cuatro mujeres eran cristianas y una de ellas, expresó que no tiene religión, pero cree en Dios. Por otro lado, en cuanto al número de hijos, tres mujeres tenían 5 hijos, cuatro de las mujeres entrevistadas tenían 4 hijos y dos de ellas tenía entre 6 y 7 hijos, y el resto tenían de 1, 2 y 3 hijos.

Asimismo, las mujeres participantes del estudio algunas hablan la lengua castellana, sin embargo, para la realización de las entrevistas a profundidad y la diligencia del consentimiento informado, ellas exteriorizaron que se sentían con mayor confianza y con mayor fluidez de palabras, si se realizaba la entrevista en su lengua nativa.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de las informantes

Informante	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Hijos
Tania	42 años	unión libre	primaria terminada	ama de casa	católica	4 hijos
Gardenia	47 años	soltera	5° primaria	artesana	católica	2 hijos
María	52 años	unión libre	1° primaria	artesana	católica	4 hijos
Romina	46 años	unión libre	primaria terminada	ama de casa	crisiana	3 hijos
Bertha	37 años	casada	primaria terminada	artesana	ninguno	6 hijos
Alma Delia	37 años	unión libre	primaria terminada	ama de casa	católica	5 hijos
Amada	50 años	casada	primaria terminada	artesana	católica	5 hijos
Marlén	47 años	casada	1° primaria	ama de casa	crisiana	1 hijo
Acacia	54 años	casada	analfabeta	artesana	católica	4 hijos
Eulalia	49 años	casada	1° primaria	artesana	crisiana	7 hijos
Rosalinda	45 años	casada	analfabeta	artesana	crisiana	5 hijos
Saturnina	53 años	soltera	analfabeta	ama de casa	católica	4 hijos

Fuente: Elaboración propia

6.2 Categorías Emergentes

Del análisis de las entrevistas a las informantes emergieron 5 categorías con 14 subcategorías (ver tabla 3).

Tabla 3

Categorías emergentes

Categorías	Subcategorías
Violencia de pareja	Violencia psicológica Violencia física Violencia sexual Violencia económica/patrimonial
Violencia familiar	Violencia psicológica Violencia física Violencia económica/patrimonial
Violencia comunitaria	Discriminación y exclusión
Cambios experimentados en el cuerpo por la enfermedad	Dimensión Corporal Dimensión Emocional Dimensión Sexual
Redes de apoyo emocional	Dios Familiares Amistades/comunidad

Fuente: Elaboración propia

En la categoría *Violencia de pareja*, las mujeres describieron que vivieron diversas situaciones de violencia provocada por sus parejas. En esta categoría emergieron 4 subcategorías: *violencia psicológica*, *violencia física*, *violencia sexual* y *violencia económica/patrimonial*.

Violencia psicológica. En esta subcategoría las informantes narraron que experimentaron insultos, humillaciones, abandono, rechazo, escenas de celos e infidelidades por parte de sus parejas, como se muestra en las siguientes voces:

“Cuando se enoja me dice un montón de cosas, [se refiere a su pareja], me dice lárgate por la buena vieja, vete, para que te voy a querer, (...), dice muchas cosas, estoy al pendiente como te digo” (Amada, 50 años).

“Ya casi no me da problemas, [se refiere a su pareja], pero si porque se enoja, por cualquier cosa que no le agrada se enoja el pobre, si hablo algo que no le gusta, se enoja por cualquier cosa, no le pregunto, antes me golpeaba, me regaña un poco” (Rosalinda, 45 años).

“Me engañaba en mis propios ojos, eso me molestaba mucho y me enojaba, sentía mucha tristeza, no me respetaba, no me valoraba, es lo que le decía, aunque no te casaste conmigo, pero soy tu pareja, eso era lo que me molestaba y temblaba mi cuerpo, eso hacía mi marido y la amiga de mi cuñada” (Alma Delia, 37 años).

“Es muy celoso, ya está vigilando si alguien me está mirando, [se refiere a su pareja], me dice es porque tú lo quieres, ¿Porque tú lo estas mirando?, no quiere que alce mi cabeza cuando alguien me está mirando cuando estoy comiendo, [se refiere al lugar de su trabajo], está viendo si alguien se está riendo conmigo, ya me está jalando en el lugar, una vez si rompió mi sudadera que traía puesta cuando estaba trabajando, demasiado celoso, si estoy haciendo algo

se va, se enoja, se dirige para el cuarto donde nos quedamos y no se va a trabajar” (Tania, 42 años).

“Pero ahora es cuando siente molestias, [se refiere a su pareja], ya no siente esa responsabilidad de llevarme al médico, le doy asco ahora pues, hace tres años, (...), me cuidaba un poco” (Romina, 46 años).

“Se enoja y regaña por cualquier cosa [se refiere a su pareja], cuando no hay nada y no dejó listo la comida, cuando no hay [se refiere al dinero], no se puede, no le digo nada, porque se altera, de por si se altera mucho, no podemos ponernos en su contra, se molesta, no sé por qué hace eso” (María, 52 años).

Violencia física: En esta subcategoría las informantes revelaron que experimentaron con frecuencia actos de violencia física. Manifestaron que sus parejas o maridos las golpeaban cuando escuchaban rumores sobre ellas, además cuando llegaban alcoholizados a casa, o cuando se ponían en su contra, como se muestra en las siguientes narrativas:

“No es la primera vez que me hace esto, [se refiere que lleva años viviendo con violencia física), es desde antes, por eso llegó un momento de enfermarme porque se peleaba conmigo, lo demandé un tiempo [llorando respondía]” (Bertha, 37 años).

“Ya no dice nada, está actuando frío digo, [se refiere a su pareja] porque casi me moría apenas, ya casi muerta, (...), mis hermanas me vinieron a rescatar, me llevaron [se refiere a la clínica], él estaba conmigo ese día, como si nada, vivía conmigo, estaba agonizando y suspirando, yo sola sabía lo que me pasaba, sufría mucho, no decía nada si quería ayudarme, me ayudaba al principio, pero ahora ya no porque se volvió apático” (Romina, 46 años).

“Con ellos tuve problemas con la familia de mi marido, también le decían mentiras sobre mí, a mi marido, (...), cuando tomaba alcohol se acordaba de lo que le decían, era cuando se

peleaba conmigo, porque me daba permiso de trabajar y andar, así le decían, apoco andan a gusto las mujeres que andan así, por eso se peleaba conmigo, mucho sufrimiento” (Acacia, 54 años).

“Con problemas pues, porque me golpeaba el papá de los niños antes, me pegaba cuando escuchaba rumores, cuando le decían cualquier cosa, cuando llega, puro bravo él, me regañaba, hacía eso cuando tomaba [se refiere a consumo de alcohol], ya no hace mucho ahora” (Alma Delia, 37 años).

“No puedes decirle nada porque se va de largo [se refiere que discute], me regaña, a veces cuando estoy acostada en la hamaca, la quiere cortar, (...), agarra machete, mis hijas se espantan, se van pobrecitas a esconderse con su tío arriba [se refiere que vive cerca de ella]” (Bertha, 37 años).

Violencia sexual. En esta subcategoría las informantes expresaron que fueron víctimas con frecuencia de actos de violencia sexual. Mencionaron que sus parejas o maridos las forzaba a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, y si ellas no accedían a tener “relaciones íntimas”, sus parejas o maridos las acusaban de infidelidad, además se enojan cuando ellas decían que no querían tener intimidades con sus parejas, como se evidencia en las siguientes narrativas:

“Si queremos estar descansando nosotras sin hacer nada [se refiere a no tener relaciones sexuales], porque nuestro cuerpo no está bien, está enfermo, pero los hombres dicen no [hace referencia a que debe de tener relaciones sexuales], se enoja porque piensa que tengo a otro, quiero a otro, que no me dejo que me toque” (María, 52 años).

“No quiero que me esté haciendo eso, [se refiere a tener relaciones sexuales]. Además el señor se enoja, si no dejo que me toque, ¿Porque no quieres?, a lo mejor quieres a alguien más,

o andas con alguien, se va de largo esto pues, (...), ahí encuentro problemas, se enoja, regaña, porque hago eso, a lo mejor no me quieres me dice, cuando hago eso, porque si me va andar tocando el cuerpo, [es decir, excitarme], deja de andar haciendo eso, duérmete le digo, y se molesta cuando le digo eso, andas con alguien más, has de tener un amante, me dice, se va de largo se enoja” (Alma Delia, 37 años).

“Se molesta el hombre se sale de noche [se refiere que se sale de su casa], cuando no dejo que me toque todo el cuerpo, (...), así empieza cuando se enoja el, así hace el papá de mis hijos, así se enoja conmigo, de repente se va, no le hablé, hago como que no me doy cuenta, vete le digo, estoy enferma que no sabes que mi cuerpo ya no sirve le digo” (Amada, 50 años).

“No [hace referencia que no se siente bien], me duele quiere decir eso [se refiere cuando hay relaciones], pues no sabemos, ¿Cómo te estoy diciendo?, la amante lo está tocando el hombre y luego viene a la casa y de ahí viene a dejar una enfermedad [se refiere infección de transmisión Sexual], es lo que pienso, (...), porque no me pasaba esto, no sé si es esto lo que me hace así, porque me duele adentro de mi cuerpo, porque tengo una infección allá dentro [vagina], me dolió al principio cuando me dio diabetes” (Bertha, 37 años).

Violencia económica/patrimonial. Con respecto a esta subcategoría, las participantes enunciaron que habían experimentado con frecuencia violencia económica/patrimonial. Ellas manifestaron que tenían limitaciones de ingresos económicos y algunas dijeron que no recibían ingresos económicos por parte de sus parejas. Por otra parte, algunas tenían miedo de ser despojadas de sus casas, como se aprecia en las siguientes voces:

“Ya no me está dando su dinero ahora que está trabajando, hace rato que no da nada de dinero, él está gastando su dinero donde anda. Quien me va a dar para eso, [se refiere a los medicamentos que toma], nadie me da” (Amada, 50 años).

“Es de él la propiedad, así me decía cuando tuvimos problemas, voy a vender esto, [se refiere la casa que tiene con su marido], voy a vender estando tu ahí, (...), es mío esto, está a mi nombre, puedo hacerlo sin ningún problema y estando ustedes [hace referencia a su pareja e hijos]” (Bertha, 37 años).

“Va a vender 50 pesos porque fue a traer leñas, [se refiere a su pareja], ayer vendió, con eso se encontró para el azúcar, polvo de café, una vez pues, para eso, que tanto alcanza para 50 pesos, (...) aguántate me dice cuando no hay dinero, me da hambre, a veces quiero tomar agua, a veces quiero algo, refresco de dónde voy a sacar eso, es triste cuando no hay nada de comida me quedo así nada más sin hacer nada, ellos me van a dar un plato de comida [se refiere a sus hijos que viven cerca]” (María, 52 años).

En la categoría de *Violencia familiar*, las mujeres experimentaron diversas situaciones de violencia por parte sus familiares. Vivieron actos de violencia psicológica, violencia física, violencia sexual y violencia económica/patrimonial.

Violencia psicológica. En esta subcategoría las participantes contaron que experimentaron insultos, humillaciones, discriminación, rechazos y amenazas de muerte por parte de sus familiares, es decir, hermanos (as), hijos (as), como se aprecia en las siguientes voces:

“Lo que tiene, cuando me dio esta enfermedad, (...), las personas se te quedan mirando, ya no sirve, ya se echó a perder, [se refiere a su hermana], dice muchas cosas, se enfermó nada más falta que la lleve el viento, ya adelgazo se le nota los huesos, a lo mejor no tiene esa enfermedad, tiene SIDA” (Saturnina, 53 años).

“Porque a mí me hacen burla las personas, me preguntan ¿Qué te pasó a ti?, ¿Porque estás flaca?, les digo soy diabética, me dicen, ya se fue tu fotografía, así no estabas tú; que

puedo hacer el destino me dio esta enfermedad, cada quien va a tener, siento mucho [se refiere al dolor emocional], siento feo, (...), me humillan las personas así digo, porqué soy diabética, ya no platican bien conmigo, me discriminan, porqué me dicen eso, hablan de mí, así habla de mi ella [Martha hermana].” (Gardenia, 47 años).

“Problemas con mis hijos (...), borracho y discute, no me hace caso, se pelean entre ellos [se refiere a hermanos], me empieza a dar miedo, me espanto, me pasa eso, de repente me dio eso no sabía [se refiere a la diabetes], no sabía” (María, 52 años).

“Ellos se drogan [se refiere a cristal, cocaína y entre otros], por eso están flacos, por eso pienso, cuando no encuentran [las sustancias psicoactivas], se molestan y me regañan, así hacen ellos, me dicen cada cosa, pero cuando tienen o están drogados, no tienen dinero porque hacen así” (Eulalia, 49 años).

Violencia física: Las informantes indígenas mazatecas, enunciaron que fueron víctimas de maltrato físico, es decir, golpes con objetos, empujones realizados por los hijos.

Pues mi hijo viene a pelear, me regaña y de ahí me molesto yo, empiezo a pensar y a acordarme, para cuando ya no estemos en este mundo el hijo se calmará, cuando estamos en esta vida hablamos fuerte, ya ni se acuerda de sus padres, se manda solo el hijo, así veo yo esto, así me hace el” (Rosalinda, 45 años).

“Apenas me pegó [se refiere a su hijo Chapo] con un palo (...) me dejó un chipote en la cabeza, pero ya sanó porque tuve que aplicarme compresa caliente; quien sabe de dónde lo sacó, otra ocasión traía un cuadro grueso me vino a pegar estaba presente mi tío Azul, preguntaba a que llegó su tío, seguro ya vino a acostarse contigo, puras groserías decía y escuchaba mi tío” (Gardenia, 47 años).

“Son los hijos lo que hacen así [que discuten entre ellos], pues no le gusta que les llame la atención, me empujan [y me dicen] vete, vete, a ti quien te habló, me empujan, me cierran la puerta, los tres hijos son los que hacen eso, cierran la puerta, cuando están borracho hacen eso” (María, 52 años).

“Hay días que se pelean y discuten [se refiere a los hijos], no se les puede decir nada, porque me regañan si le dices algo, (...), les doy consejos, pero me regañan, grito de susto, cuando se pelean mis hijos, me molesto y en eso pienso” (Eulalia, 49 años).

Violencia Económica/patrimonial: las mujeres indígenas manifestaron que fueron objeto de violencia económica por parte de sus hijos, además expresaron que les bloqueaban el acceso en su propia casa, como se aprecia en las siguientes voces:

“Ahí voy abrir mi camino, [se refiere por donde pasa], aquí la esquina de mi hermana Reyna me está dando, vamos a cerrar ahí por donde pasamos ahora, ya me aburrí de los problemas, porque no podemos pasar por donde viven ellos [mi hermana Martha y su hija]” (Gardenia, 47 años).

“Discutía conmigo a la hora que tomaba alcohol, [se refiere a su marido], o cualquier cosa era problemas por el lugar, por el terreno y por el agua eran mezquino, con ellos tuvo problemas con la familia de mi marido, también le decían mentiras sobre mí, a mi marido” (Acacia, 54 años).

“No ibas hacer esto ahora porque eres un hombre, [se refiere a su hijo Chapo], tienes que ir a trabajar y mantenerme tú ahora, pero yo estoy haciendo esto otra vez, él es bravo, se enoja cuando no hay comida, le digo a mi hijo que trabaje porque trae su mano” (Gardenia, 47 años).

En la categoría de *violencia comunitaria*. Las informantes manifestaron que experimentaron discriminación por tener una enfermedad como la diabetes, exclusión y amenazas de muerte por personas de su comunidad, como se narra en las siguientes voces:

“Además algunas personas que ya no te comparten taza o plato de su casa, cuando estás enferma, porque las personas no saben que enfermedad tenemos” (Saturnina, 53 años).

“Amenaza [por parte de la expareja de su hija], donde creen que van a ir, las voy a matar expresa, su familia no quiso a mi hija, estoy muy delicada le digo, de repente viene, me ataca, cuando está borracho es cuando dice cada cosa” (Marlén, 47 años).

“Hay muchas personas que nos critican, pobrecita, porque está muy flaca me dicen las personas, pobrecita está muy desalineada, la enfermedad la está acabando me dicen las personas” (Rosalinda, 45 años).

La categoría emergente *cambios experimentados en el cuerpo por la enfermedad*, las informantes manifestaron diversos cambios en el cuerpo a causa de la diabetes mellitus tipo 2 y por la violencia vivida. En esta categoría emergieron 3 subcategorías: *dimensión corporal*, *dimensión emocional* y *dimensión sexual*.

Dimensión corporal. En esta subcategoría las informantes manifestaron sentir, dolor físico y otras molestias (mareos, temblores, escalofríos) en el cuerpo a causa de la diabetes mellitus tipo 2 y por la violencia experimentada, como se muestra en las siguientes narraciones.

“Cuando se peleaba mi pareja conmigo, me da escalofrío, hasta mi sangre circulaba frío, (...), así me pasa, me da temblor en el cuerpo y con molestias, me siento molesta, hasta debajo de mis pechos siento que me entra un miedo, no sé qué pasa, pero me pasa a mí, me siento mareada, ya no me da sueño, pienso en eso constantemente cuando tenemos problemas, así me pasa” (Alma Delia, 37 años).

“Ya se siente feo mi cuerpo, está con temblores y con nervios, siento feo, si llego a ver algo enseguida me empiezo a sentir débil, (...) ya no puedo hablar entiendes, así me hace la enfermedad, así me hace esto, así vivo, así está mi cuerpo, está frágil mi cuerpo, y no pueden tocarla, está frágil eso, frio y frágil, ya no se siente bien mi cuerpo entiendes, si nuestro cuerpo está bien, nosotras también estamos bien, ya no está bien adentro de mi cuerpo [se refiere a órganos internos], ya no está bien” (Romina, 46 años).

“No vivo bien, me da temblores porque el azúcar se eleva, cuando baja te hace así, no hace sentir bien eso, las horas pasan muy lento para mí, hace sentir feo, quiero que mis horas pasen rápido para que esté bien digo, cuando se oculte el sol, pero no, siempre estoy así, siempre me ataca eso, me da sueño con la enfermedad del azúcar, así nos hace sentir la enfermedad del azúcar, nos hace sentir pesado” (Marlén, 47 años).

“Ya no me siento a gusto, me siento débil, me siento triste así estoy, digo esto cuando me pongo a llorar con mi cuerpo, que bueno por las personas que no tiene una enfermedad que andan como viento, pero yo ya no ando mucho, si me voy caminado para el centro, cuando regreso ya me da dolor en todo el cuerpo, me hace sufrir mucho, si siento que cambio mi cuerpo” (Acacia, 54 años).

Dimensión emocional. En esta subcategoría las mujeres indígenas mazatecas, experimentaron diferentes emociones por la diabetes mellitus tipo 2 y la violencia que vivieron como son: tristeza, intentos de suicidios, crisis de ansiedad y angustia como se evidencia en las siguientes voces:

“Ya no vivo a gusto, nunca volverá a estar bien el cuerpo digo cuando es esto, (...), así veo que ya no se me quitará esto, pienso demasiado pues, que los problemas no se detendrán y tampoco la enfermedad, esto va a seguir así, veo. Por una parte, quiero dejar [se refiere al

marido] le digo, al principio cuando los problemas me encontraron a mí, [con llantos se expresaba], porque así jugó conmigo, quiero que se vaya pues, que me deje, quiero quedarme sola con mis hijas” (Bertha, 37 años).

“No la paso bien, no vivo bien, porque cuando estás bien, estas a gusto, te despiertas bien, levantas bien, cuando hay problemas piensas, pensamos en el problema, pensamos y que es lo que está pasando, la enfermedad es lo que está aumentando más [niveles elevados de glucosa], sino tenemos nada, ¿que nos va a pasar?, si tenemos una enfermedad, o nos va a dar una enfermedad se complica” (María, 52 años).

“Además mi corazón ya no se siente bien, siente tristeza todos los días mi corazón entiendes, (...), voy un rato, me saca a veces [se refiere a su pareja], pero cuando regreso otra vez estoy así [se refiere a la tristeza que siente], me distraigo un poco cuando voy pues, cuando es esto, ya no valemos [se refiere la diabetes], mi cuerpo está triste, tiene miedo” (Romina, 46 años).

“Mi corazón siente más dolor cuando una persona me está diciendo eso, [se refiere a la discriminación], ¿porque me está diciendo eso?, ¿porque estoy enferma? Por qué todos los días, estoy desalineada, mi pobre ropa es la misma, no sé qué me pasa, hasta siento que quiero suicidarme, (...), hay veces que he llegado a pensar en el suicidio, cuando me molesto, pero estoy criando mis nietos, por eso me pongo un alto, cuando surge un problema, ya lo estoy haciendo, ya he realizado dos intentos de suicidios, pero mis niños me siguen y me abrazan, no sería difícil si lo hiciera, a lo mejor se calmaría el mundo si lo hago, una vez un familiar me vio haciéndolo, hay veces que me viene en la mente cuando estoy molesta, ya no quiero estar en tratamiento, es mejor morir, ya me canse de los problemas” (Saturnina, 53).

No estoy contenta cuando estoy viviendo, no estoy a gusto, estoy sin ganas viviendo, mi corazón está triste, hay días que le digo a Dios [se suelta a llorar], (...), ya me duele mi corazón, hay que dejar que me pasen las cosas, sin hacer nada, yo sé cómo está mi corazón y mi cuerpo, mis hijos no saben cómo estoy viviendo” (Eulalia, 49).

“Ya no me siento a gusto, me siento débil, me siento triste así estoy, digo esto cuando me pongo a llorar con mi cuerpo, que bueno por las personas que no tiene una enfermedad que andan como viento, pero yo ya no ando mucho, si me voy caminado para el centro, cuando regreso ya me da dolor en todo el cuerpo, me hace sufrir mucho, si siento que cambio mi cuerpo” (Acacia, 54 años).

“Las horas son muy lentas para mí, pienso en eso, quien me va ayudar, pues yo sola me envuelvo en mis cosas, no tengo a nadie, por eso es muy lento para mí, me acuerdo de eso, me preocupa por eso cuando estoy, estoy con tristeza, (...), sino me aplicarán [se refiere a la insulina], creo que ya no estaría aquí digo, me va a matar eso, [se refiere a la diabetes], hago esa tristeza” (Marlén, 47 años).

“A veces quisiera suicidarme pienso (...) como hace mi hijo ya me cansé de lo que hace [se refiere de la violencia que vive], quisiera ahorcarme con una ropa y enredarlo en la hamaca, prefiero morir digo cuando me molesto, se agarran los dos, [se refiere que se pelean], hasta les digo que ya no me verán los dos, me voy a enredar (...), y de una vez me llevan, no quiero velorio, no quiero nada” (Gardenia, 47 años).

Dimensión sexual. En esta subcategoría las informantes narraron, que experimentaron dolor físico al tener relaciones sexuales con su pareja, a causa de la diabetes mellitus tipo 2, también tuvieron cuadros de infecciones vaginales, infección urinaria, como se aprecia en las siguientes narraciones:

“Así también me pasa, lo que me pasaba antes, si mi pareja me quiere tocar, siento molestias, ya no quiero que me toque, porque siento ardor, es decir, se parte, agrieta mi cuerpo, [se refiere a los labios mayores y menores de la vagina], cuando mi pareja me quiere hacer o tocar, alrededor se agrieta, se siente delicada eso [se refiere a la vagina], si hacemos cosas [se refiere a tener relaciones sexuales] ya no se puede” (Tania, 42 años).

“Así me pasa a mí ya no me pueden tocar, no sé si ya está dulce mi cuerpo, o es infección, eso no sé, sufre mucho mi cuerpo [se refiere partes de la vagina], se parte, se agrieta mucho, (...), cuando tengo relaciones sexuales, me da dolor, ya no puedo tener relaciones, ya no se puede hacer, ya no me siento a gusto, me molesto, ya no se siente a gusto mi cuerpo. Y si mi marido quiere tener relaciones y si quisiera hacerme muchas cosas no, ya cumplí tres años con eso [se refiere a la infección vaginal]” (Romina, 46 años).

“Si me está tocando mi marido, no siento que me duele [se refiere durante el coito] lo que, si me pasa, mi vientre me duele, hace tiempo así me pasaba, me bajaba un líquido [flujo vaginal], pero tome hierba medicinal, ya sané, pero me está volviendo a pasar eso, me orino sola [se refiere que no tiene control de esfínter], así me pasa” (Eulalia, 49 años).

“Que quiere otra mujer dice, [se refiere a su pareja], porque ya no dejo que me haga cosas, [hace referencias a tener relaciones sexuales con su marido], ya no puedo tener relaciones con el señor, me duele pues, ya no me gusta que me esté haciendo cualquier cosa” (Amada, 50 años).

“Ya no me siento a gusto en tener relaciones con mi marido, porque el cuerpo está enfermo, por eso, mi marido siente que ya no disfruto con él, ya no me quieres dice, por eso haces esto, pero que va a saber él, que el cuerpo está enfermo y ya no le gusta eso [tener relaciones sexuales], (María, 52 años).

En la categoría *redes de apoyo emocional*, las informantes indígenas mazatecas nombraron a las personas que fueron sus aliados o personas a las que recurrían en este proceso de vivir violencia y la diabetes mellitus tipo 2. Esta categoría tiene 3 subcategorías: *Dios, familiares y amistades/comunidad*.

Dios. En esta subcategoría las informantes expresaron que encontraron apoyo emocional en un ser divino, depositando su confianza en un ser poderoso, como se muestra en las siguientes voces:

“Le lloro a Dios, le pregunto porque vivo, así pues, me enfoco en Dios, (...), hablo con Dios, para que me quite este problema, para que la otra persona piense bien, ¿Porque la otra persona hace eso?, porque siempre me cela pues, [se refiere a su pareja], es lo que me pregunto, bueno es celoso, no me manda a ningún lado, me dice que es problema cuando andas algún lugar” (Alma Delia, 37 años).

“Dios siente compasión como vivimos, dejando pasar los problemas, pues así digo, Dios está dejando pasar los problemas, no pasa si todos los días está haciendo así [se refiere a los problemas que vive], pasa cuando se va a trabajar el señor, a veces se va un mes, veinte días cuando se va a trabajar” (Amada, 50 años).

“Vale mucho Dios, le lloro mucho a él, (...) para darme fuerza y aguantar los problemas que estoy viviendo porque nadie aguantaría como vivo, pero creo que, si se puede, a veces le baja [su hijo Chapo] de fuerza lo que hace” (Gardenia, 47 años).

“Es el más grande Dios, todos los días, para él no es difícil, por eso estoy superando todo, porque es el primero, Dios es grande, me está dando bendición, fortaleza, todos los días para que no esté pensando en eso, cuando tengo problemas o porque cuando me están diciendo eso, lloro y le digo al padre perdónala, no sabe lo que está diciendo, no sabe lo que está

hablando, mejor perdónala Dios, o si yo no estoy haciendo bien perdóname Dios, si yo tengo la culpa, perdónala Dios, mejor pido por ella si me duele mucho lo que me dice, cuando no aguanto más viviendo en esta situación” (Saturnina, 53 años).

“Así le digo a Dios cuando me siento mal, ayúdame padrecito, tu solamente conoces mi cuerpo como está, (...), pero ayúdame porque soy muy pobre, no tengo a nadie, tampoco sé dónde voy a traer dinero para ir a la clínica, pues a ti te consideran un gran doctor Dios”.
(Eulalia, 49 años).

“Vale mucho Dios, le lloro mucho a él, (...) para darme fuerza y aguantar los problemas que estoy viviendo porque nadie aguantaría como vivo, pero creo que si se puede, a veces le baja [su hijo Chapo] de fuerza lo que hace” (Gardenia, 47 años).

“El único es Dios, (...), así me quedo, sentada llorando para pedirle fuerzas, para que dé una fuerza porque él puede, es Doctor, así le digo, que se acaben todos los problemas, aunque estemos pasemos por varias situaciones, Padre tú estás viendo, porque tú estás viendo mi cuerpo y me estas cuidando, aunque no creo que me vaya a pasar nada, porque no tengo dinero, no tengo nada para ir al hospital, porque solamente con la fuerza que me otorgues podré aguantar los problemas Padre” (María, 52 años).

Familia. En esta subcategoría las participantes narraron que sintieron el apoyo familiar, es decir, los padres de las participantes, algunas de ellas mencionaron a los hijos (aunque también les infringían violencia), como se muestra en las siguientes voces:

“Mis papás ellos me dicen que no les haga caso eso, [se refiere a su familia] hazte a un lado hija me dicen, ven, vente mejor pues, a vivir con nosotros” (María, 52 años).

“Solamente mi papá, siempre pienso en esto, [se refiere a la enfermedad], es el que me anima, échale ganas hija, cómo de que no vas a salir adelante, solamente él me dice eso”
(Marlén, 47 años).

“Mis hermanas son los que me dan ánimos, son las que me van a curar cuando me pasa algo, me vienen a traer ellas, se enojan si me pasa algo, son ellas las que me dan un ánimo entiendes, ellos me dicen no pienses, no hagas coraje, (...), porque vez que tienes azúcar, no quiero que te pase nada” (Romina, 46 años).

Amistades/comunidad. En esta subcategoría las participantes encontraron apoyo emocional en las amistades más cercanas, además, las personas de las comunidades dieron muestra de apoyo hacia las participantes, como se narra en las siguientes voces:

“Las personas de la comunidad me dan animó, saben cómo vivo porque les cuento, sé que toma mucho [se refiere a consumo de sustancias psicoactivas], tu hijito me dice, (...) pero no bajas la guardia” (Gardenia, 47 años).

VII. Discusión

El objetivo que se delineó para el estudio fue indagar las experiencias de violencia vividas por las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2.

Las informantes del estudio fueron mujeres indígenas hablantes de la lengua mazateca y con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, oscilaban entre de 37 a 54 años de edad, lo que significa que son mujeres relativamente jóvenes o consideradas como adultez temprana y adultez intermedia. En este sentido, la diabetes mellitus tipo 2 está afectando hoy en día a personas jóvenes y con extracto socioeconómico bajo, lo que coincide con el estudio de Arias et al. (2020), en el que realizaron una investigación con poblaciones indígenas Chontales de Tabasco.

En el estudio se evidenció, que las mujeres indígenas mazatecas, llevan años viviendo con violencia física por parte de sus parejas, en el que los perpetuadores ocasionaban casi a diario, por eso, las informantes refirieron que por tal situación llegaron a enfermarse de diabetes. En sus discursos, señalaron que cuando sus parejas estaban bajo la influencia del alcohol, las golpeaba y las regañabas, este hallazgo es similar al estudio de Arias et al., (2020) sobre una población indígena de Chontal que experimentaron violencia física a diario por parte de sus parejas e hijos generando tensión en estas mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de las informantes contaban con un nivel educativo bajo, con sostén económico bajo, no tenían un trabajo formal remunerado, se dedicaban al hogar y algunas practicaban las artesanías, que es un trabajo infravalorado, lo que influyo para que ellas siguieran dependiendo de sus parejas y seguir soportando los eventos de violencia. En relación con lo anterior, el estudio realizado por Trujillo et al. (2008), encontró datos parecidos, donde las mujeres con diabetes tenían un acceso restringido a los recursos disponibles destinados a la salud, alimentación y las hacía depender económicamente de sus

parejas, experimentaron violencia patrimonial, la cual las mantenían ligadas a una relación de pareja y soportando todo tipo de violencia.

Una categoría emergente de este estudio es, que las mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2 experimentaron violencia por parte de familiares directos, es decir, hermanas e hijos que les provocaron violencia física, violencia psicológica y discriminación en relación con su enfermedad, dando lugar a sentimientos negativos como la tristeza, crisis de angustia, crisis de ansiedad e intentos de suicidios en estas participantes. En un trabajo de investigación sobre la diabetes con los indígenas yoreme/mayo de Sonora, México, (Bañuelos et al., 2022), encontró datos similares, la causalidad de la diabetes, vinculando aspectos biológicos y socioculturales, destacando los sentimientos como son: tristeza, mortificación, coraje y susto, inducidas por diversas situaciones, como violencia familiar, ejercida en gran medida por la drogadicción y el alcoholismo de sus familias, siendo las mujeres de este estudio las más vulnerables.

De acuerdo a las narrativas de las mujeres indígenas mazatecas, las violencias más nombradas fueron la física y psicológica. Destacando las formas que experimentaron como son: insultos, humillaciones, golpes, empujones, celos, infidelidad y rechazos por sus parejas; lo que difiere el estudio de Trujillo et al. (2008), con mujeres indígenas de Chiapas, quienes reportaron en primer orden la violencia física y económica.

En cuanto a los cambios experimentados en el cuerpo, en la subcategoría Dimensión emocional, con base a la teoría analítica de Scheper-Hughes y Lock (1987), las “emociones afectan la manera en la cual el cuerpo, la enfermedad y dolor son experimentados”. A partir de las emociones negativas que experimentaron las informantes mazatecas: tristeza, intentos de suicidios, dolor emocional, molestias, sin ganas de vivir, afectaba en sus cuerpos, haciendo

referencia, que sus cuerpos ya no estaban bien por la violencia doméstica que experimentaban, al mismo tiempo, los altos niveles de glucosa les causaba cansancio y malestar general.

Analizando “el cuerpo individual”, desde la teoría analítica de Scheper-Hughes y Lock (1987), estas mujeres indígenas narraron sus experiencias vividas del “body-self”, de forma carnal, tanto emocionalmente, en la enfermedad y la salud, dando a entender que las vivencias de violencia que experimentaron fueron crueles, es decir, que vivenciaron diferentes tipos de violencia, la cual se reflejaba en su estado de salud, la cual se iba deteriorando.

Al mismo tiempo, los cuerpos de estas mujeres fueron vistos como objetos por parte de sus parejas, ya que tenían que cumplir con el “deber ser” como mujer, aun si ellas no tenían deseos de tener relaciones sexuales, y si no cumplían, eran catalogadas de infieles. En este sentido a partir de la teoría del “cuerpo analítico” de Scheper y Lock (1987), se hace evidente en un tercer nivel del cuerpo, el “cuerpo político”, el cual es regulado y controlado por las parejas de las informantes al verlo como un “objeto para la sexualidad”.

Así, otro hallazgo importante en el estudio es que las mujeres mazatecas se identificaron con mayor predominio en la religión católica, encontrando consuelo en el poder divino, manifestando su dolor en relación con las complicaciones de su enfermedad, además tristeza por la situación que viven con sus parejas, es decir, la violencia que viven a diario, expresando que “Dios” es el único que puede ayudarlas a superar sus problemas y seguir aguantando. Los resultados encontrados son semejantes a lo reportados por Cruz y Cruz (2020), que depositaron su confianza en el poder divino, para soportar la enfermedad.

Consideraciones Finales

El uso del diseño fenomenológico se empleó como una estrategia para comprender las experiencias compartidas por las mujeres indígenas mazatecas con diabetes mellitus tipo 2, es

decir, las vivencias de violencia que experimentaron. Hay que mencionar, además, que el Modelo Analítico de Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock “Mindful Body” o “Cuerpo consciente” permitió interpretarla y comprender las vivencias de violencia que experimentaron las informantes del estudio.

En el estudio, la violencia por parte de la pareja más nombradas por la mayoría de las mujeres mazatecas fueron la psicológica, física y en menor porcentaje mencionaron la violencia sexual y económica, los cuales soportaron por la dependencia económica en sus parejas. Además, resalto que sus familiares (hijos y hermanas) también las discriminaban a causa del diagnóstico de diabetes.

De lo anterior resalta la importancia de realizar intervenciones desde un enfoque multidisciplinario para atender las necesidades emocionales y mejorar las redes de apoyo para este grupo de mujeres, que son triplemente vulneradas por su condición de etnicidad, género y por la enfermedad.

8.1 Recomendaciones del estudio

De los resultados surgen las siguientes recomendaciones.

Para la Investigación:

- Realizar más investigaciones cualitativas de tipo fenomenológico, indagando las vivencias de violencia que experimentan las poblaciones más vulnerables y con una enfermedad crónica degenerativa, tomando en cuenta a la población indígena, es decir, la etnia y el género dentro de su contexto.

Para la Disciplina

- Indagar profundamente e intervenir desde la ciencia de Enfermería para el cuidado del ser humano con un equipo multidisciplinario para abordar a las mujeres que han vivido

violencia doméstica y comunitaria, además de vivir con una enfermedad crónica degenerativa, para así delinear intervenciones culturalmente pertinentes.

- Profundizarse en los aspectos psicosociales en estas personas que viven esta situación
- Fortalecer la interculturalidad en la atención que se proporciona en los centros de salud, y hospitales para aquellas personas que hablan una lengua indígena.
- Sensibilizar a los profesionales de la salud para que ofrezcan un cuidado integral en estos pacientes.
- Implementar grupos de ayuda a estas mujeres.

Limitaciones del estudio

- La presencia de la pareja de las informantes fueron una limitante, para una interacción más cercana con las informantes. Y para poder acceder a ellas, se tuvo que buscar horarios matutinos o cuando sus parejas no estaban en casa.
- A las informantes les costó trabajo expresarse libremente cuando su pareja estaba en casa, además los hombres preguntaban, ¿A que vino ella?
- Las entrevistas se desarrollaron durante la campaña política, lo cual fue una limitante, ya que en aquel tiempo las personas de la comunidad, no permitían el acceso a personas extrañas en su casa, además el pueblo vigilaba la entrada y salida de personas en las comunidades.
- En la traducción del mazateco al castellano, se pudo haber perdido unidades de significados de las narrativas de las informantes.

VIII. Referencias

- Arias, I., Avalos, M. I. y Priego, H. R. (2020). Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales. *Horizonte sanitario*, 19, (2).
<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
- Andrade, J. M., Páramo, D. y Ramírez, E. (2021). Representaciones sociales de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Neiva (Colombia). *Pensamiento y Gestión*, 50, 100-116.
<https://doi.org/10.14482/pege.50.658.916>
- Bañuelos N., Téllez V. E., Salido, P. L., Robles, J. M y Esparza, J. (2022). Saberes, Haceres y Sentires. La diabetes tipo 2 en la comunidad indígena Yoreme/Mayo, el Júpatepec, Huatabampo, Sonora, México. *RA XIMHAI*, 18, (5), 33-53.
- Bengwayan-Anongos, A., Amharech, A., Godfrey-Goldstein, A., Mbelu, A., Chakma, B., Kendall, B., Lounes, B., Clench-Begbie, B., Llabaca, B., Mutambukah, B., Durocher, B., Dhamai, B. M., Alomía, C., Camacho-Nassar, C., Sánchez, C., Mungech, C., Chingri, V., Losale, C., Evans, C., (...) Vars, L. S. (36ª edición). (2022). *El mundo indígena 2022*. Dwayne Mamo.
- Buichia, F. G., Dórame, N. A., Miranda-Félix, P. E., Castro-Juárez, A. A y Esparza-Romero, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en población indígena de México: revisión sistemática. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58, (3), 317-327.
<https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000036>
- Caudillo, L., Hernández, M. T. y Flores, M. L. (2017). Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género. *Revista Ra Ximhai*, 13, (2), 87-96.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510007>

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social.
- Cruz, M. y Cruz, M. de los A. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18, (1), 1-25.
<https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- Deborah, Silvia., Javier, M. y Stefani D. (2019). Importancia de considerar los factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*, 30 (2), e144.
<https://orcid.org/0000-0002-7393-5718>
- Diario Oficial de la Federación. (6 de enero de 1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 02-04-2014.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (1 de septiembre de 2007). Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. 18-10-2022.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Ferrada, J. (2019). Sobre la noción de cuerpo en Maurice Merleau-Ponty. *Cinta Moebio*, 65, 159-166.
- García, V., Crocker, R y García de Alba, J. (2017). Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. *Revista Chilena de Antropología* 35: 113-130.
<https://revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/46151/48168>
- Grove, S. K., Gray J. R. (2019). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la practica Enfermera Basada en la Evidencia*. Elsevier.
- Hirsch, S. y Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud colectiva*.16: e2760.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Compendio de información geográfica municipal 2010 San Felipe Jalapa de Díaz Oaxaca.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/20/20134.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH 2021.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de agosto de 2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 [Comunicado de prensa núm. 485/22]. Página 1/36.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH 2021. Principales resultados Oaxaca.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Violencia contra las mujeres en México*. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares. ENDIREH 2021. OAXACA.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/20_oaxaca.pdf

Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Oaxaca. (2005). Enciclopedia de los Municipios de México, Estado de Oaxaca, San Felipe Jalapa de Díaz.

<http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/oaxaca/municipios/20134a.htm>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2022). *Las mujeres indígenas en México* [año 8, agosto de 2022]. Desigualdades en cifras.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA8N08.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Género y Salud [año 4, número 5, mayo 2018].

Desigualdades en cifras.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). *Encuesta Nacional de Salud Pública, ENSADEMI*.

https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp7.pdf

Juárez, C., Treviño, S., Ruelas, M. G., Théodore F. y Pelcastre, B. E. (2020). Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes. *Salud Pública Mex*, 63, (1).

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11580/12022>

Lerin, S. y Reartes, D. (2023). El problema de la diabetes mellitus tipo 2 en pueblos originarios de México. Una propuesta intercultural y derechos humanos en Salud. *Editora e-Publicar. Imaginarios de la salud e interculturalidad*.

<https://www.editorapublicar.com.br/ojs/index.php/publicacoes/article/view/782/428>

Mendoza G., Chaparro, L., Gallegos, E. y Carreno S. (2017). Automanejo de diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 15, (1).

<http://dx.org.doi/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. (Jem Cabanes por traducción Ediciones Península). Editions Gallimard.

Montesis, L. (2015). La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revistas Pueblos y Fronteras digital*, 12 (23), 46-76.

<https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.287>

Page, J. T. (2019). Memoria, imaginación y miedo en la génesis de la diabetes mellitus. El caso de una mujer guatemalteca. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 14, e-433.

<https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2019.v14.433>

- Polit, D. y Beck, T. (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de Enfermería*. (9. a ed.). Wolters Kluwer.
- Ponte, A. D., Guerrero, A. L. y López, G. (2023). Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10 (3), 117-125.
<http://www.revmexmedicinafamiliar.org/>
- Scheper-Hughes, N. y Lock. M. (1987). El cuerpo “mindful” (pensante): prolegómenos hacia el futuro trabajo futuro en la Antropología Médica. (González. M). The Anthropology of affliction: Critical Perspectives on Medical Anthropology. (marzo de 1987, en el núm. 1, de la Revista Medical Anthropology Quarterly).
- Trujillo, L. E., Nazar, A., Zapata, E. y Estrada, E. I. J. (2008). Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. *Revista papeles de población*, 14, (58), 231-258.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11205812>
- Yañez, P. y Matus, P. (2018). Con el cuerpo cansado y con la diabetes encima: el día que tembló todo el día en Juchitán de Zaragoza, Oaxaca. *Revista Psico-Obesidad*, 8, (30).

ANEXOS



Universidad del Papaloapan
 Campus-Tuxtepec
 Licenciatura en Enfermería
 Tesis de Pregrado

Anexo B. Guía de entrevista a profundidad

Título de la investigación: Vivencias de Violencia que Experimentan las Mujeres Indígenas Mazatecas con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Objetivo: Indagar las experiencias de Violencia vividas por las Mujeres Indígenas Mazatecas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de San Felipe Jalapa de Díaz.

Datos sociodemográficos

Nombre completo:_____	Fecha:_____
Edad:_____	Religión:_____
Estado civil:_____	Números de hijos_____
Nivel de escolaridad:_____	Ocupación:_____

1. Cuéntame ¿cómo estuvo hoy tu día?
2. ¿Has experimentado cambios en tu cuerpo en relación con, la diabetes mellitus tipo 2?
3. Cuéntame ¿Alguna vez, has vivenciado indiferencia por tener diabetes mellitus tipo 2?
4. ¿Qué opina de las mujeres que viven con violencia, son indígenas y viven con diabetes mellitus tipo 2?
5. ¿Como ha sido para ti experimentar violencia?
6. ¿Quiénes han sido su red de apoyo emocional en esta experiencia de violencia y diabetes mellitus tipo 2?

7. Cuéntame ¿Alguna vez, has experimentado vulnerabilidad por tener diabetes mellitus tipo 2?
8. ¿Qué opina usted de las mujeres que viven con violencia, ser indígena y tener diabetes mellitus tipo 2?
9. Cuéntame ¿Cómo ha sido para ti experimentar violencia?
10. ¿Quiénes te han tratado mal dentro de tu entorno familiar?
11. ¿Has llegado a pensar en alguna medida de acción para no seguir viviendo con esta experiencia de violencia?
12. ¿Quiénes han sido su red de apoyo emocional en esta experiencia de violencia y diabetes mellitus tipo 2?



Anexo C. Consentimiento Informado

San Felipe Jalapa de Díaz, Tux. Oax. a ___ de _____ del 2024.

Título de la investigación: “Vivencias de violencia que experimentan las Mujeres Indígenas Mazatecas con Diabetes Mellitus Tipo 2”.

Autora: Yessenia Pérez Esteban de la Licenciatura en enfermería de la Universidad del Papaloapan.

Por medio de este escrito, le invito a participar en este estudio con la finalidad de recopilar información valiosa con fines educativos y científicos. La participación de este estudio será de forma voluntaria, es decir, tiene derecho a decidir libremente si desea participar o no, en la aplicación de la entrevista, la cual será aplicada de manera anónima, y la información recopilada será confidencial, además no se generará riesgos significativos a su salud, asimismo, no recibirá ninguna compensación económica.

Otro punto es, si decide abandonar la entrevista durante su aplicación, es libre de hacerlo en el momento que así lo decida, además no habrá repercusiones para su persona.

El presente consentimiento informado garantiza el cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y ajustándose a los principios científicos y éticos.

Yo _____ manifiesto haber leído la información proporcionada y entiendo el presente documento y expreso mi libre voluntad para autorizar y proporcionar mis datos personales con fines de investigación científica.

Nombre y Firma de la Informante

Nombre y firma del Investigador