

PROCESO DE VIVIR CON DIABETES TIPO 2 DE LA PERSONA Y FAMILIA: UNA TEORÍA FUNDAMENTADA

¹Miguel Angel Zenteno López
miguelangelzenteno@outlook.com

²Teresa Carreón Lozano

³Claudia Martínez Villanueva

⁴Beatriz García Solano

⁵Guillermina García Madrid

Recibido: 08/10/2017

Aprobado: 21/03/2018

Páginas: 6-17

1. Maestro en Enfermería, Profesor Investigador, Colaborador del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
2. Maestra en Enfermería, Supervisora de Servicio, Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud del Estado de Puebla, México.
3. Maestra en Enfermería, Supervisora de Servicio, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México.
4. Doctor en Ciencias de Enfermería, Profesor Investigador, Miembro del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
5. Doctor en Ciencias de la Familia, Profesor Investigador, Miembro del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Para citar este artículo:

Zenteno MA, Carreón T, Martínez C, García B, García G. Proceso de vivir con Diabetes tipo 2 de la persona y la familia: Una Teoría Fundamentada. Cuidarte. 2018; 7(14): 6-17.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2018.7.14.69139>

ARTÍCULO ORIGINAL

.....
REVISTA ELECTRÓNICA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FESI-UNAM.
Se autoriza la reproducción parcial o total de este contenido,
sólo citando la fuente y su dirección electrónica completas.

PROCESO DE VIVIR CON DIABETES TIPO 2 DE LA PERSONA Y FAMILIA: UNA TEORÍA FUNDAMENTADA

RESUMEN

Introducción. La DT2 es uno de los problemas más importantes de todo el mundo, afecta a la persona de forma física, social, económica, psicológica y espiritual. La DT2 debe ser estudiada de forma continua, no sólo de forma física sino desde la perspectiva que tiene la persona del proceso de vivir con diabetes. **Objetivo:** Conocer el proceso de vivir con DT2 en personas de una zona urbana con seguridad de salud pública. **Metodología.** Estudio cualitativo con base en teoría fundamentada, se obtuvo autorización del comité de ética de una institución de salud de primer nivel del Estado de Puebla, se realizaron seis entrevistas a profundidad a tres hombres y tres mujeres que aceptaran participar, se siguieron los criterios de rigor por Streubert y Carpenter. **Hallazgos.** Los resultados obtenidos emergieron de la categoría central: "Adaptación a la DM2" y cuatro categorías que la sustentan: 1. Soporte familiar; 2. Economía de la persona y la familia; 3. Aspectos laborales; 4. Apoyo espiritual, y como resultado de la interacción entre el investigador y la literatura. **Discusión.** El soporte de la familia, la perspectiva económica, laboral y el apoyo espiritual de la persona, son factores importantes a considerar en el proceso de las personas con DT2; siendo considerados al momento de realizar intervenciones de salud para el control del padecimiento. **Conclusiones.** Se logró la aproximación a una teoría sustantiva de forma descriptiva al mencionar que la adaptación de la persona con DT2 se relaciona con el soporte de su familia y apego a su espiritualidad.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Familia; Espiritualidad; Economía; Teoría Fundamentada.

ABSTRACT

Introduction. Diabetes mellitus type 2 is one of the most serious problems facing the world today, as those who suffer from it are affected physically, socially, economically, psychologically, and spiritually. Type 2 diabetes should be studied comprehensively, taking into account not only its physical aspects but also the perspective of the person living with the illness. **Objective.** To know what it is like to live with diabetes mellitus type 2 in an urban environment with access to public healthcare. **Methodology.** Qualitative study based on established theory. Permission to conduct the study was obtained from the ethics committee of a first-level health institution in the State of Puebla (Mexico). Six in-depth interviews were conducted; the participants were three men and three women who had agreed to participate in the study. Streubert and Carpenter's guidelines were followed. **Findings.** The results obtained related to the central category: "adapting to diabetes mellitus type 2" and four supporting categories: 1. family support; 2. economic situation of the patient and his or her family; 3. employment aspects; 4. spiritual support, as well as the researcher's interpretation of the literature. **Discussion.** Family, economics, employment status, and spiritual support are key factors to consider when discussing people who suffer from diabetes mellitus type 2. These factors should be considered when treating patients. **Conclusions.** The researcher succeeded in laying the groundwork for a descriptive grounded theory by linking patients' ability to adapt to diabetes mellitus type 2 with their families' support and their spirituality.

Keywords. Diabetes Mellitus Type 2, Family, Spirituality, Economics, Grounded theory.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la Diabetes Tipo 2 (DT2) afecta a más de 415 millones de personas entre 20 a 79 años de edad, cifra que se espera alcance los 642 millones en el 2040¹. La población más susceptible de acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes¹ y el Consejo Nacional de Población² son los adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años. Además, la presencia de DT2 suele incrementar la demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios haciendo que los costos sean elevados para la economía de las instituciones de salud, las familias y principalmente la persona que la padece³. Se calcula que se gastan aproximadamente en 244,676 mil millones de dólares para la atención de la DT2 en los últimos años. En México, esta situación no es la excepción, con 70,281 defunciones por año ocupa el segundo lugar de muertes causadas por complicaciones relacionadas a la DT2, siendo el género femenino el más afectado^{4,5,6}.

De esta manera, no sólo situaciones etiológicas de la enfermedad afectan a la persona con el padecimiento, también los cambios sociales y económicos, como la aparición de nuevos roles en el hombre y la mujer, el envejecimiento poblacional y la reestructuración familiar han dado como resultado factores generadores de tensión y ansiedad, cuyas manifestaciones clínicas pueden alterar el funcionamiento de la familia y la salud de sus integrantes^{7,8}. Acto seguido, la persona con DT2 puede padecer de falta de esperanza y sentirse una carga para los demás, dando como resultado ganas de morir. De ahí que, la persona suela recurrir a diversas maneras de afrontamiento, como la espiritualidad, a modo de posible respuesta a sus conflictos y así lograr tranquilidad; también, aparecen respuestas de afrontamiento dirigidas hacia la aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento, empero, no en todos los casos. Aun así, no todas las personas reaccionan de la misma manera y/o tienen la misma percepción de salud y vida^{9,10}.

En los últimos años, por ejemplo, se han realizado diversas investigaciones sobre temas relacionados con el fenómeno de la DT2, entre los cuales se refieren, por un lado, al aspecto individual, con el objetivo de incrementar la adherencia al tratamiento^{8,11} y conocer la perspectiva que tiene la persona sobre la enfermedad¹²; y por otro, los de tipo social, con el objetivo de conocer el costo que implica el manejo de la diabetes¹³, el rol de la familia en el proceso de la enfermedad⁸, el soporte de la familia en la mejora de conductas alimenticias y de nutrición¹⁴, entre otros. No obstante, a pesar de la diversidad de estudios en DT2, existen pocos con perspectivas inductivas en el proceso de vivir con la enfermedad, y más aún, a pesar de existir diferentes factores que involucran al proceso de la DT2⁴, no todos los factores se abordan con el mismo interés. En consecuencia, al haber mayor acervo de literatura científica deductiva se puede limitar la comprensión del fenómeno de salud, al no considerar el significado de la persona, el cual se desarrolla en un proceso interactivo, que se crea, aprueba y cambia con el tiempo¹⁵.

Por esta razón, es necesario el seguimiento de estudios donde el investigador cuestione y desentrañe inquietudes sobre lo que se ha de investigar, categorizando, por ejemplo, elementos del fenómeno que pueden dar como resultado constructos y conceptos generadores de teorías sustantivas¹⁵. De allí, la pertenencia de éste estudio con una metodología inductiva basada en la teoría fundamentada, la cual es dirigida a la interpretación y comprensión del significado simbólico del proceso de vivir con DT2 desde la realidad social de los individuos y su interacción con otros. Desde este enfoque se busca descubrir teorías, conceptos, y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de los marcos teóricos existentes. A su vez, generar nuevos enfoques de indagación que ayuden a mejorar la situación de salud de esta población con los conceptos o categorías que emerjan como referentes teóricos y sirvan para conocer las posibles nuevas tendencias de estudio en DT2.

Objetivo: Conocer el proceso de vivir con Diabetes Tipo 2 (DT2) en personas de una zona urbana con seguridad de salud pública.

METODOLOGÍA

REFERENCIAL TEÓRICO

Como un referente para entender de forma profunda la naturaleza del proceso de la DT2 desde la perspectiva del individuo, se utilizó al interaccionismo simbólico de acuerdo a Blumer¹⁵. El cual, es la base teórica de la teoría fundamentada y explica que la sociedad asume su propia perspectiva teórica, su realidad y la construcción de la misma, la cual se da en el lenguaje y la comunicación dentro de un universo simbólico determinado. Con respecto a esto, los principios básicos del interaccionismo simbólico se resumen en tres premisas. La primera, que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos. La segunda, dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos. El tercero, implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra. Estas tres premisas resumen un sistema complejo de ideas acerca de cómo es el mundo de las personas y cómo reaccionan en él¹⁵.

Como diseño metodológico se utilizó teoría fundamentada propuesta por Charmaz¹⁶, la cual se refiere a la generación de una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados mediante la generación de principios y procesos heurísticos basados en el descubrimiento de conceptos y categorías de los significados expuestos, que puedan dar como consecuencia una teoría emergente de los hallazgos analizados (**Figura 1**). El presente estudio se sometió ante el comité de ética de la institución de salud pública de primer nivel de atención del Estado de Puebla, México, dando respuesta favorable a su aplicación. Posteriormente, se captó al término de consulta médica de control de diabetes tipo 2 a seis informantes adultos y adultos mayores con un rango de edad entre los 38 y 70 años de edad, tres hombres y tres mujeres, con las siguientes características: a) más de un año del diagnóstico de DT2; b) con educación primaria, secundaria y terciaria; c) estado civil, casados, divorciados y viudos; d) vivienda en una zona urbana; y c) religión católica y cristiana. Además, se corroboró mediante historia clínica que no tuvieran impedimento para participar como: deterioro cognitivo moderado y/o severo, demencia y/o alzheimer (**Tabla 1**).

Figura 1. Proceso de recolección y análisis de los datos

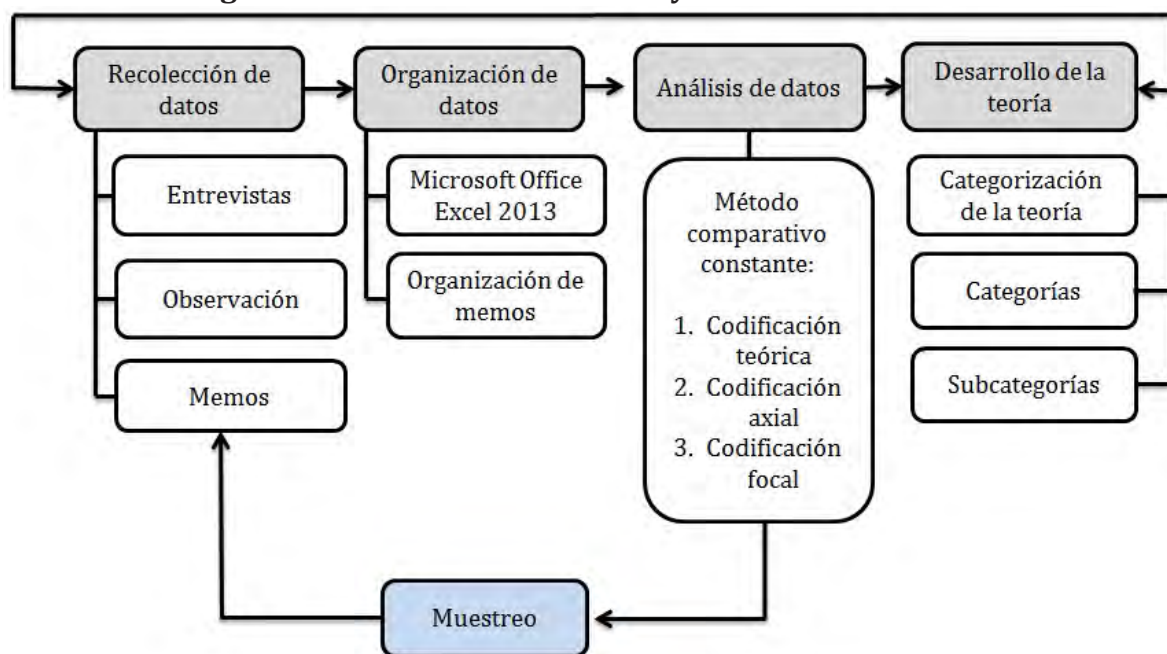


Tabla 1. Características de los informantes

Participante	Edad	Estado Civil	Religión	Ocupación	Zona de vivienda	Tipo de seguridad social/salud	Escolaridad	Padecimientos
1	48	Casado	Católica	Comerciante	Urbana	Pública	Primaria completa	Diabetes tipo 2, Pie diabético
2	53	Casado	Católica	Ama de casa, jubilada de maestra	Urbana	Pública	Profesionista	Diabetes tipo 2, osteoporosis.
3	38	Divorciada	Católica	Ama de casa	Urbana	Pública	Secundaria	Diabetes tipo 2, Sobrepeso.
4	39	Divorciado	Católica	Comerciante	Urbana	Pública	Primaria incompleta	Diabetes tipo 2, Sobrepeso.
5	70	Viuda	Católica	Ama de casa	Urbana	Pública	Primaria incompleta	Diabetes tipo 2, Hipertensión
6	66	Viuda	Cristiana	Ama de casa, pensionada	Urbana	Pública	Primaria incompleta	Diabetes tipo 2, Hipertensión

Se les programó una visita domiciliar en un horario conveniente para ser entrevistados, aceptando participar por medio de consentimiento informado¹⁷. Se hizo énfasis en la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas, explicando el uso de seudónimos para resguardar su identidad, y el uso limitado de los datos por el grupo de investigadores.

Se realizaron en promedio dos entrevistas a profundidad por informante conforme a los criterios de Taylor y Bogdan¹⁸, que las definen como "reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigida a la comprensión de la perspectiva que tienen los informantes respecto a su vida". Los objetivos de las entrevistas se desarrollaron de la siguiente manera: en la primera entrevista se obtuvieron los datos y se desarrollaron las categorías identificando sus propiedades y dimensiones; mientras que la segunda entrevista tuvo la intención de lograr la contrastación e integración de datos y sus categorías, para así lograr la saturación de los datos de cada categoría.

Para llevar a cabo las entrevistas, se formuló la siguiente pregunta detonadora ¿Cómo ha sido su vida y la de su familia desde que le diagnosticaron diabetes tipo 2, hasta el día de hoy?; igualmente, se seleccionaron áreas temáticas para profundizar en las entrevistas con base al significado de la diabetes tipo 2, espiritualidad, economía y trabajo de la persona. Para el registro fiel de las interacciones verbales se utilizó un Grabador de voz electrónico Icd-ux560f y una Cámara full HD 24.2 Mpx. Cada una de las entrevistas fue transcrita y almacenada en Microsoft Office WORD 2013, obteniendo un total de 144 cuartillas transcritas.

El análisis de los datos se llevó a cabo con lo propuesto por Strauss y Corbin²⁰ el cual consistió en: 1. Nivel Textual, a través de documentos escritos, se asignaron códigos, definiciones y memos (codificación abierta); 2. Nivel conceptual, se juntaron códigos y memos con características comunes, en grupos, de acuerdo a las relaciones entre ellos y al nivel de generalización (codificación axial y focal); y 3. Nivel teórico sustantivo, se realizó un análisis posterior para observar la repetición de códigos, de las cuales se obtuvieron nuevas categorías más abstractas conectadas a los códigos y la categoría central (codificación axial y focal).

Durante el análisis se consideraron los criterios de rigor científico propuestos por Streuberty Carpenter¹⁹, que consisten en: credibilidad, factibilidad, confirmabilidad y probabilidad de transferencia. Respecto al criterio de credibilidad, se llevó a cabo la transcripción textual de las entrevistas y anotaciones puntuales de las gesticulaciones y movimientos corporales de la persona; para confirmabilidad, se revisaron los hallazgos con los mismos informantes durante la segunda entrevista, con intención de corregir errores en la interpretación de los hechos; y en relación a la probabilidad de transferencia, se especificó el contexto de cada participante de forma detallada, así como sus características y estrategia de selección. Por consiguiente, siguiendo lo propuesto por Strauss y Corbin²⁰, la categoría central se determinó de la siguiente manera: a) todas las categorías tienen relación con la categoría central; b) la categoría central aparece en todos o casi todos los datos; d) los datos no fueron forzados para pertenecer a dicha categoría; y por último que e) el nombre de la categoría sea lo bastante abstracto como para utilizarse en otras investigaciones en áreas sustantivas, que lleven al desarrollo de una teoría más general. Finalmente, los datos fueron reducidos y desplegados de manera visual por medio de la elaboración de un diagrama²¹, el cual es un método que tiene el fin de mostrar la relación e implicación de las categorías para dar sentido a los datos cualitativos (Figura 1).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos emergieron de los datos entre la interacción del investigador y los entrevistados. Se estableció la categoría central "Adaptación de la persona con diabetes tipo 2", de la cual se desprendieron cuatro categorías, que originan y coadyuvan a la categoría central, en el siguiente orden: 1. "Soporte familiar" respecto a sus expectativas frente a la enfermedad, su autocuidado, adaptación al tratamiento y hábitos de alimentación/nutrición; posteriormente se presenta el 2. Proceso que especifica cómo es la "Economía de la persona y la familia" referente a los costos que implica la enfermedad; 3. "Aspectos laborales" que son modificados

en la persona con DT2; y 4. "Apoyo espiritual" como conducta de afrontamiento frente a la diabetes tipo 2.

El proceso de adaptación de las cuatro categorías anteriores da como resultado cuatro subcategorías interrelacionadas: Conductas saludables, Adherencia al tratamiento, Afrontamiento y control de la DT2 de la persona con el padecimiento (Figura 2).

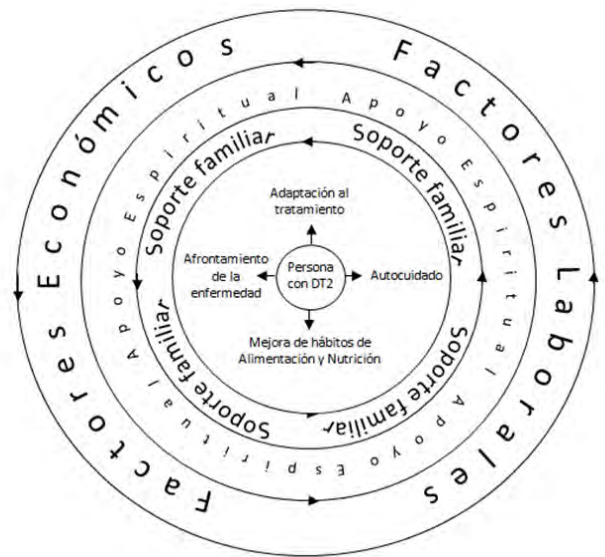


Figura 2. Adaptación de la persona en el proceso de vivir con DT2

SOPORTE FAMILIAR

Dentro de las funciones principales de la familia se encuentra el soporte que dan a los miembros que la confirman a través de lograr la supervivencia económica, transmitir cultura, proporcionar protección, fomentar valores, morales y espirituales⁷.

Los participantes con DT2, expresaron que el involucrar a su familia en el cuidado de su enfermedad los fortalece emocionalmente; además, mencionaron que el sentir el apoyo de su familia incrementa sus conductas de salud. Análogamente, las personas con DT2, a través del tiempo al convivir con su familia, el informante se suele motivar con su cuidado, lo cual origina que se sienta agradecido y comprometido con su familia.

"Pues (hace una pausa) ¡es todo!, para mi es todo, porque mis dos hijos son mi motor, eh, los hijos son (hace una pausa) ¡hay! es que tocó un tema muy fuerte. Es el motivo de vivir (con lágrimas en los ojos), de luchar, de trabajar para ellos (hace una pausa) yo quiero mucho a mi familia ¡a todos!, a mis hermanos, gracias a Dios tengo a toda mi familia, tengo mucho cariño por parte de ellos; pero mis hijos pues, simplemente son la razón del vivir y del día a día, de (hace una pausa) por ellos tomar conciencia, la enfermedad que ya está, el no lamentarse por qué no me cuidé, porque no hice esto, porque no hice el otro; sino, es tomar conciencia ahorita en este momento, que voy hacer para verlos a ellos". (Participante 3)

ECONOMÍA DE LA PERSONA Y FAMILIA

La economía es una ciencia social que ve a los individuos o las sociedades acerca de cómo usan o manejan los recursos para satisfacer sus necesidades. Tales recursos pueden ser distribuidos entre el consumo y la producción de bienes y servicios de la sociedad. La DT2 es una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud, quienes la padecen acuden con mayor frecuencia a las unidades de atención médica, reciben más medicación, tienen mayor probabilidad de ingresar a los servicios de urgencias; y debido a las múltiples complicaciones, requieren hospitalizaciones más prolongadas en comparación con los individuos que no padecen la enfermedad ²².

Es así, que tanto la persona que padece diabetes como la familia en la mayoría de los casos no está preparada para costear el proceso de la DT2²³. Los participantes han mencionado que la inestabilidad económica les ocasiona estrés, enojo, desgaste personal y familiar. Además, mencionan la importancia de tener recursos económicos suficientes para contar con servicios privados, puesto que la seguridad de salud pública no satisface la atención que ellos consideran como idónea para su padecimiento.

"Si impacta económicamente porque no es barato, y desgraciadamente, en varios casos, que es cuando estoy yo en el hospital particular internado el anestesiólogo llegaba y me decía: sabes, llegó otro cuate (persona) con tú problema, pero tuvimos que amputarle toda la pierna. Porque, no es

barato el sistema VAC, nada barato, nada barato, es muy muy caro, es muy caro digo, o sea, si tienes que tener recursos sustentables, para llevarlo a cabo" (Participante 1).

ASPECTOS LABORALES

La perspectiva laboral puede entenderse como el desempeño donde el individuo manifiesta las competencias relativas a su trabajo alcanzadas, en las que se integran como un sistema de conocimientos, habilidades, experiencias, sentimientos, actitudes, motivaciones, características personales y valores que contribuyen a alcanzar los resultados que se esperan, en correspondencia con las exigencias técnicas, productivas y de servicios de una empresa²².

El aspecto laboral previo a un diagnóstico de enfermedad, es visto como un sistema donde el individuo alcanza una satisfacción de necesidades, logros y experiencias que lo hacen sentir física, mental y psicológicamente en equilibrio con su entorno. Al diagnosticarse DT2, la persona afectada cambia totalmente, se ve involucrada la familia, mantiene etapas de duelo, adaptación y finalmente aceptación de la enfermedad; con la cual tiene que aprender a convivir para reintegrarse a su ámbito laboral²². Es así, que los participantes abordan que el proceso de la DT2 implica la insatisfacción, enojo e impotencia de no poder ejercer y/o desarrollarse laboralmente y que uno de los factores que les ayuda a sobrellevar su situación es tener el apoyo de su familia.

"Bueno afectado pues en el área laboral pues no puedes trabajar, dejé de trabajar, dejé de asistir, el trabajo está allí pero deje de asistir, si te afecta porque pues, cambia tu rutina ¿no?, totalmente, de estar encerrado a postrado en una cama, es muy desgastante, anímicamente enoja (...) no es tanto la afectación sino el apoyo de la familia también te hace que cambies de actitud, que digas bueno vamos a echarle ganas, que te platiquen, de cierta manera pues otras personas tienen lo mismo y no han podido y tú estás mejor, este (hace una pausa), inclusive enterarte que personas del trabajo han fallecido por esta enfermedad, pues sí te afecta." (Participante 4).

APOYO ESPIRITUAL

La espiritualidad puede ser entendida en tres perspectivas: de origen intrínseco, religiosa y existencial. La perspectiva de origen intrínseco sostiene que la espiritualidad no se limita a las reglas de la religión y que es capaz de trascenderla desde un aspecto más profundo ontológico y epistémico. La perspectiva religiosa, emana de las creencias e instituciones asociadas a una religión en particular. Se apoya en la existencia de un ser supremo que rige los destinos de las personas. Y por último, la perspectiva existencial hace mayor énfasis en la búsqueda de significado personal. Esta búsqueda de significado es activa y se da en todos los contextos sociales en los cuales interactuamos, tales como la comunidad, familia, pareja y trabajo en las que nos involucramos a nuestro sentido de bienestar y armonía individual ²³. En este estudio, los participantes han retomado la espiritualidad de manera religiosa y existencial, involucrando el proceso de la DT2 cuyo control y estabilidad forma parte del acercamiento que tienen hacia un ser supremo, lo cual mejora su forma de adaptación y confianza para sobrellevar su enfermedad.

"Yo pienso que no hay ninguna enfermedad que tengamos que no la superemos, claro con la ayuda de Dios, sí, porque para mí eso ha sido muy importante, sí, como creyente, entonces pues digo, hacer a un lado a Dios como que no se vale, sí, pero muchos, muchos somos así, pero pues yo creo que no, que poco a poquito nos va ir cayendo el veinte (aceptar la realidad) ¿verdad? poco a poco, sí, entonces (entonces) no sé, eso para mí eso ha sido siempre, sí, el pensar; pus (pues) estoy aquí, Dios por algo me puso acá verdad." (Participante 6).

AFRONTAMIENTO Y CONTROL DE LA DT2

Otro factor importante encontrado en los participantes es el autocuidado, pues implica el proceso que han vivido para hacerse responsables de su enfermedad y tratamiento; se arrepienten y reconocen que en el pasado no llevaron conductas de cuidado, bajo la premisa de considerar su salud óptima, en donde la familia ha sido y es importante en este desarrollo.

Asimismo, referente al comienzo de la enfermedad, la persona expresa resentimiento, sorpresa, desesperación, ansiedad, trauma, miedo y nostalgia; se piensa en las posibles complicaciones de la enfermedad cuyo final siempre es sinónimo de muerte o la pérdida de alguna parte de su cuerpo como es el pie; los participantes coincidieron que han tenido familiares con DT2 que han fallecido por complicaciones, lo cual les hace reafirmar su miedo hacia la enfermedad. Del mismo modo, la familia sigue presentándose como el primer soporte al manifestarse la enfermedad.

"Bueno al inicio cuando me dijeron que yo tenía diabetes, hígole (hace una pausa) para mí fue muy difícil, la verdad, sí (hace una pausa) muy difícil porque, (...) cuando me dice el doc (hace una pausa). Primero que nada, empecé con que yo no veía, yo pensaba que era este, cuestión de aquella, la graduación de mis lentes estaba mal, pero yo veía borroso, sí, tal cual, y pues yo en ese tiempo trabajaba, veía a mis alumnos como moviditos, dije "no", esto esta raro ¿no? (afirmando), si son mis lentes, yo dije son mis lentes, pero no, porque empecé a tomar mucha agua y entonces un día yo le dije Perla (hija), fíjate que estoy tomando mucha agua y estoy yendo muy seguido al baño, y me dice, mamá se me figura dice que (hace una pausa) vamos a tener que ver al doctor, que te hagan estudios, este y lo otro, para ver qué es lo que tienes..." (Participante 2).

CONDUCTAS SALUDABLES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se encontró además, que la familia suele cambiar hábitos alimenticios y mejorar su nutrición al relacionarse de forma afectiva con la persona con DT2. El participante manifestaba que la familia suele integrarse al nuevo estilo de vida condicionado por la enfermedad al consumir productos de bajo efecto de glucosa en sangre. Acto seguido, los participantes mencionaron, que emocionalmente les ha ayudado aceptar el proceso de su enfermedad.

"Mi mamá, mis hermanas, sobrinos, hijos y todo, sí se (hace una pausa), se solidarizaron (afirmando), es algo muy padre es algo indescriptible, entonces yo creo que eso te hace fuerte y te compromete a tratar de mejorar, o sea que tú solito quieras mejorar, cuidarte, la alimentación, ver... (hace una pausa) que antes lo veías no (afirmación) como prohibición. Primero, lo ves como prohibición, que no puedes comer ciertas cosas inclusive naturales, pero después ya dices ¡no!, pues, es que, por ellos (familia), muchas veces a lo mejor no lo haces por ti no (afirmando); pero dices, por ellos que me hicieron sentir bien o me apapacharon en su momento quiero (hace una pausa, con lágrimas en los ojos)... quiero estar bien por ellos no (afirmando), claro que por uno no (afirmando), pero el sentimiento es de que tú quieras estar bien por los que te protegen, te ayudaron, por la familia." (Participante 1).

DISCUSIÓN

Los participantes expresaron que el involucrar a su familia en el cuidado de su enfermedad, incrementa las conductas de salud, adherencia al tratamiento, nutrición y alimentación; por lo cual, se puede pensar que el apoyo de la familia mejora la concepción del padecimiento e impulsa a la persona con DT2 a comprometerse con su tratamiento. La inclusión de la familia en el proceso de la DT2 coincide con otras investigaciones^{7,24} que señalan que la presencia de la familia es un factor importante en la adherencia al tratamiento de la DT2 y mejorar de la calidad de vida; mientras que otra investigación²⁵ determina que el apoyo de la familia influye en el seguimiento de indicaciones médicas por el paciente lo cual lo orientan a un adecuado control glucémico.

En relación al aspecto económico y de acuerdo a lo expresado por los participantes, el factor económico es imprescindible para su atención médica.

Sin embargo, López y Ávalos²⁶, mencionan que si bien es indispensable el recurso económico para el tratamiento del paciente, depender sólo del sistema de las instituciones de salud públicas y de la distribución gratuita de insumos y demás material para soporte de la DT2 no garantiza el cuidado de la persona con DT2, puesto que el profesional debe de ir más allá del otorgamiento de recursos físicos. Por otro lado, la familia en esta situación funge también como soporte económico para la persona con DT2; sin embargo, esta misma al no tener contemplado un presupuesto de la enfermedad le puede resultar complicado apoyar a la persona con DT2. Lo expresado por los participantes respecto al no querer depender de las instituciones, se puede deber al exceso en la demanda de los servicios de salud públicos, falta de organización y desconocimiento del gasto sanitario impiden la eficiencia de la atención de salud de esta población²⁶.

En cuanto al aspecto laboral las personas se ven obligadas a cambiar sus rutinas laborales posterior al diagnóstico de diabetes, en algunos casos llegaron a renunciar, lo cual afectó su calidad de vida. Lo anterior, coincide con López y Ávalos²⁶ al mencionar que la diabetes tipo 2, disminuye el rendimiento, lo cual puede desencadenar diversas situaciones desde ausentismo hasta renuncia. Sin embargo, Servian, Calle y Fernández²⁷ mencionan que el solo hecho de tener diabetes no implica ninguna merma de la capacidad funcional o el desempeño laboral, ni debiera suponer por ello un motivo de discriminación laboral, pues una persona con diabetes es capaz de desempeñar la mayoría de los trabajos.

La espiritualidad durante el diagnóstico y proceso de la enfermedad mostró ser importante para la adaptación de la DT2. Éste estudio, refleja que los participantes del género femenino se encuentran íntimamente relacionadas con la religiosidad, lo cual es semejante a lo encontrado

por Luengo y Mendonça¹⁰, Araujo y Velázquez²⁸ que mencionan la importancia de aspectos espirituales en las intervenciones de salud donde, además, proponen orientar a la persona con diabetes hacia la oración como una herramienta adicional que puede beneficiar el curso de la enfermedad.

Finalmente, las acotaciones realizadas por las personas con diabetes tipo 2 acerca de la alteración de su proceso de vida, también pueden ser vistas desde la perspectiva de Orem²⁹ y Henderson³⁰; la primera respecto a su teoría del déficit del autocuidado, al mencionar que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto; y segundo, Henderson³⁰ menciona que la salud sólo puede ser alcanzada al cumplir con necesidades en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, que están relacionados con la capacidad y la estrategia de poder llenar una pérdida, y de mantener o mejorar un estado. Por ejemplo, al tener los participantes alteraciones en aspectos laborales y económicos son acompañados por sentimientos de desesperanza y frustración, lo cual complica la adherencia a su tratamiento y agrava la enfermedad.

En este sentido, los participantes reflejan un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. De esta manera, el soporte familiar respecto a su acompañamiento en el proceso de la diabetes y el apoyo espiritual juega un papel importante para alcanzar la demanda de autocuidado.

Finalmente, la identificación de la familia y el apoyo espiritual podrían ser, de acuerdo con Henderson³⁰, unas de las intervenciones más importantes para el cuidado de las personas con diabetes tipo 2.

CONCLUSIONES

En conclusión, se logró una aproximación a una teoría sustantiva de forma descriptiva al mencionar que la adaptación de la persona con diabetes tipo 2; por un lado, es influida por el tipo de tratamiento médico y la adherencia por parte de los entrevistados; y por otro, pareciera que durante la atención que reciben el foco de atención reside en ver a la persona con diabetes como anatomía y/o de forma patológica, lo cual no cubre las necesidades de salud de acuerdo a Henderson y logran su autocuidado de acuerdo Orem al no englobar los factores del proceso de tener diabetes.

Por esta razón, las categorías encontradas refieren que el acompañamiento de la familia en el proceso de la enfermedad es importante. Aun cuando el apoyo de enfermería no fue mencionado por los participantes, deben considerarse estrategias de cuidado que motiven a los miembros que la conforman a involucrarse.

Particularmente, en este estudio, el soporte familiar, además de ser relevante en la adherencia al tratamiento, favorece una mejoría en la economía de la persona con DM2 y la aceptación de su situación laboral. De esta manera, las variables de economía y relación laboral de la persona con diabetes deben seguir estudiándose para lograr la adaptación de la enfermedad. Al mismo tiempo, se manifiesta la necesidad de replantear intervenciones de salud en personas con diabetes tipo 2 basadas en la espiritualidad debido a que se encontró que a nivel personal les ayuda afrontar el padecimiento de manera emocional.

Finalmente, es importante puntualizar que las categorías encontradas pueden seguir desarrollándose para mejorar el alcance de la teoría; sin embargo, para lograrlo se recomienda la realización de más estudios y mayor rigurosidad investigativa en diversos países, puesto que a pesar de que el tema de diabetes tipo 2 está ampliamente estudiado en la actualidad las variables como economía de la persona, aspectos laborales, espiritualidad y su relación con la familia fueron escasos. Asimismo, se recomienda que un mayor número de profesionales se sumen a indagar, comprender y entender estos fenómenos de cuidado en este estudio con el fin de abordar íntegramente el cuidado de este tipo de población.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas - 7th Edition. Across the globe. [Internet]. 2015 [Consultado 19 ene 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1R5v4qc>
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Consulta interactiva de ganancias en la esperanza de vida 1990-2012 y principales causas de muerte 2012 en México y las Entidades Federativas [Internet]. 2013 [Consultado 22 mayo 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2kZAnU2>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa: Diabetes nota descriptiva No 312. [Internet]. 2014 [Consultado 20 mayo 2015]. [1 página]. Disponible en: <http://bit.ly/1pNe2SA>
4. International Diabetes Federation (IDF). Risk Factors. [Internet]. Brussels, Belgium; 2014 [Consultado 22 mayo 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/IVm0rx>
5. Hernández AM., Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Rev Salud Pública Méx. 2013; 55 (2): 129-136.
6. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas. 7 ed. Across the globe. México [Internet]. 2015 [Consultado 19 ene 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1R5v4qc>
7. Zenteno LMA, García MG, Marín CMA, Flores MM, García SB. Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. Paraninfo digital. [Internet]. 2015 [Consultado 2 de enero 2016]; 22: 18-28. Disponible en: <http://bit.ly/2D6lUsR>
8. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid [Internet]. 2013 [Consultado 22 mayo 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2ygoN7X>
9. Gómez PIP, Cantillo BD, Coronado QM, López VA, Vergara MY. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2016 [Consultado 21 jul 2016]; 34 (2): 235-242. Disponible en: <http://bit.ly/2G53aNM>
10. Luengo CML, Mendonça ARA. Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con Diabetes. Rev. bioét [Internet]. 2014 [Consultado 22 mayo 2015]; 22 (2): 382-389. Disponible en: <http://bit.ly/2oRBjZP>

11. Castro EJM, Gallegos CEC, Frederickson K. Análisis evolutivo del concepto de adaptación a la diabetes tipo 2. Aquichan [Internet]. 2015 [Consultado 07 mayo 2015]; 15 (1): 52-59. Disponible en: <http://bit.ly/2oSZibf>
12. Dutton H, Rowan MS, Liddy C, Maranger J, Ooi TC, Malcolm J, Keely E. Patient perspectives on discharge from specialist type 2 diabetes care back to primary care: a qualitative study. Can J Diabetes [Internet]. 2014; [Consultado 23 mayo 2015]; 38 (3): 191-197. Disponible en: <http://bit.ly/2I973BX>
13. Barquera S, Campos NI, Aguilar SC, Lopez RR, Arredondo A, Rivera DJ. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. Glob and Health. [Internet]. 2013 [Consultado 20 may 2016]; 9 (3): 2-9. Disponible en: <http://bit.ly/2BCy5BG>
14. Choi SE. Apoyo Familiar Específico a la Dieta y Control de la Glucosa entre Inmigrantes Coreanos con Diabetes Tipo 2. Educación en Diabetes. The Diabetes Educ [Internet]. 2013 [Consultado 20 mayo 2018]; 35(6): 978-85. Disponible en: <http://bit.ly/2Fq4MAo>
15. Blumer, H. El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona: Hora. 1982: 2-17.
16. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. 2da ed. Londres: SAGE; 2014. pp. 192-224
17. Secretaría de Salud (SS). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. [Internet]. México, D. F.; 2014. [Consultado 3 mayo 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1SBpqPT>
18. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. España: Paidós; 1992. pp. 100-132
19. Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in Nursing. Advancing the humanistic imperative. 5a. ed. Philadelphia: Lippincott; 2011. pp. 33-52.
20. Strauss, A.L. & Corbin, J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia, Universidad de Antioquia, 2002, pp. 157-177.
21. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos, Estrategias complementarias de investigación. Representaciones visuales. Estado Unidos de América; Ed. Sage, 2003, pp. 156-165.
22. Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Rev Salud Pública Méx. [Internet] 2013; 55 (2): 129-136. [Consultado 9 sep 2017]. Disponible en <http://bit.ly/1W620ny>
23. Krishnakumar S, Neck C. The what, why and how of spirituality in the workplace. J Manag Psychol. 2002; 17 (3): 153-164.
24. Avalos GMI, López RC, Morales GMH, Priego ÁHR, Garrido Pérez SMG, Cargill FNR. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. Aten Primaria. 2017; 49(1): 21-27. [Consultado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2HeJ3Mb>
25. Guerrero CDF, Montenegro VMM. Asociación entre adherencia terapéutica y el apoyo social y familiar en pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Augusto Egas de agosto a diciembre del 2016. [Tesis de especialidad] Ecuador: Pontificia Universidad Autónoma del Ecuador, 2017 [Consultado 9 sep 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2FjAV0u>
26. López RC, Ávalos GMA. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cub Sald Pub. [Internet]. 2013 [Consultado 22 may 2015]; 39(2): 331-345. Disponible en: <http://bit.ly/2FpsrRB>
27. Servian RM, Calhle JR, Fernández SC. Diabetes y Trabajo. España. Ed. Ibermutuamur, [Internet] 2014; 57-68. [Consultado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/22exXKx>
28. Araujo CSE, Velázquez MEM. El papel de la espiritualidad en la restauración de la salud. Rev Ven Endo Met [Internet]. 2016 [Consultado 22 jul 2016]; 14 (2) 93-95. Disponible en: <http://bit.ly/2Fyk4pV>
29. Prado SLA, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 36 (6). [Internet] 2014. [Consultado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/21AsOPm>
30. Boittin I, Lagoutte M, Lantz MC, Virginia Henderson: 1897-1996 - Biographie et analyse de son œuvre. Recherche en soins infirmiers. [Internet] 2002; (68), 5-17. [Consultado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2oVADSq>